

ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA DISEÑAR E IMPLEMENTAR LA RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN REHABILITACIÓN EN SALUD PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD MOTORA AGUDA O CRÓNICA APLICABLE PARA LAS IPS DE LA CIUDAD DE MANIZALES-CALDAS.

Presentado por:

ITALIA SOFÍA BETANCUR SANCHEZ

JAIRO ANDRÉS LADINO AROS

ELIANA CRISTINA MARÍN MARTÍNEZ

GABRIEL ITALO ÁNGEL OSORIO BETANCUR

NATALIA VALENCIA GUTIÉRREZ

Presentado a:

RICHARD NELSON ROMAN MARÍN

Docente Investigación



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES

2017

INDICE

TITULO	6
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
NECESIDAD Y PROBLEMA.....	7
2. ANTECEDENTES	8
2.1. ANTECEDENTES NORMATIVOS.....	17
3. SUPUESTO TEORICO	22
4. JUSTIFICACIÓN.....	23
5. OBJETIVOS	25
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	25
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
6. MARCO TEÓRICO.....	26
7. DISEÑO METODOLÓGICO	28
7.1 UBICACIÓN CONTEXTUAL.....	28
7.2 TIPO Y ENFOQUE DE ESTUDIO.....	29
7. 3 POBLACIÓN.....	30
7.3.1. Criterios de Inclusión para primer instrumento.....	30
7.3.2. Criterios de Exclusión para primer instrumento	30
7.3.3. Criterios de Inclusión para segundo instrumento.....	30
7.3.4. Criterios de Exclusión para segundo instrumento	30
7.4 CARACTERIZACIÓN DE VARIABLES	31
7.5 PLAN DE RECOLECCION DE INFORMACIÓN	36
7.5.1. Herramienta de recolección de información	36
7.5.2 Estrategias	37
7.5.4. Muestra	38
8. ASPECTOS ÉTICOS.....	40
9.CRONOGRAMA.....	41
10 RESULTADOS Y ANALISIS	42
ANALISIS	50
11. CONCLUSIONES	53
12. RECOMENDACIONES	54
13. GLOSARIO	55

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXO 1	60
ANEXO 2	62

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Muestra

Tabla 2: Percepción de una adecuada calidad de la terapias en el sistema de salud según los expertos

LISTA DE GRÁFICOS

Grafica 1: Campana poblacional Caldas 2009.

Grafica 2: Proporción de ciudadanos con aseguramiento en salud 2008-2015.

Grafica 3: Distribución de la población encuestada según IPS donde se aplicó

Grafica 4: Rango de edades

Grafico 5: Distribución de pacientes según el nivel socioeconómico o Estrato

Grafica 6: Distribución de los usuarios o pacientes según la Empresa Asegurado en Salud (EPS).

Grafica 7: Relación entre las diferentes EPS, oportunidad de asignación de citas en días y cantidad de pacientes.

Grafica 8: Relación entre las diferentes IPS, oportunidad de asignación de citas en días y cantidad de pacientes.

Grafica 9: Causas de demora en el acceso a rehabilitación en relación con las EPS.

Grafica 10: Causas de demora en el acceso a rehabilitación en relación con las EPS.

Grafica 11: Distribución de causa de demora general en la asignación de citas en rehabilitación.

Grafico 12: Preferencia por intervención terapéutica en un mismo sitio.

Grafico 13: Distribución de Usuarios que creen que sí se les explican los objetivos de las intervenciones que le están realizando podrían recuperarse más rápido.

Grafico 14: Distribución de confianza de los usuarios sí el proceso de rehabilitación esta supervisado por un médico especialista en área de rehabilitación.

Grafico 15: Calidad de servicios de rehabilitación por IPS.

Grafico 16: Distribución de población encuestada con el instrumento 2.

Grafica 18: Direccionamiento de pacientes a rehabilitación.

TITULO

Ruta de Atención Integral en Rehabilitación en Salud para las personas con discapacidad motora aguda o crónica aplicable para IPS de la ciudad de Manizales-Caldas.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente se vive en un tiempo complejo caracterizado por la preocupación de los gobiernos y de sus habitantes por el creciente gasto sanitario con retornos marginales cada vez más escasos, adicional a las variaciones en las morbilidades de los pacientes con sus diferentes prácticas médicas implicadas que a su vez suman variaciones en el gasto sanitario y en los resultados para los pacientes y poblaciones; estas preocupaciones se acompañan de un mayor interés de los pacientes y los proveedores en obtener mayor información válida y fiable de los servicios y la calidad de los mismos que afecten su salud y la economía propuesta para su retorno en el caso de los proveedores.

Otro punto importante es la complejidad expresada por muchos proveedores en el aspecto político y los intereses de sus grupos tanto social como corporativamente, adicional al entorno tecnológico y el impacto de la globalización, todos estos componentes habitan en un sistema que cada vez es más limitado en recursos, por lo que los gobiernos buscan fórmulas para mejorar la salud de sus ciudadanos sin incrementar el gasto sanitario y al mismo tiempo proponer servicios más eficientes con mayor eficacia y calidad que puedan satisfacer las expectativas de los pacientes actuales.

Es precisamente por esta búsqueda actual que los sistemas integrales de atención en salud cobran fuerza, convirtiéndose en un organismo adaptativo y desarrollable en el tiempo, que les permite a sus proveedores entender la dinámica y el propósito de la atención en un solo contexto por así decirlo, lo que propiciaría una mejor percepción de calidad y atención al usuario, fidelizando los mismos y cautivando uno de los principios actuales de demanda en observación de locaciones, profesionales de la salud disponibles, tecnología de apoyo, desplazamientos y tiempos de atención, ya que en la salud el factor tiempo de resolución está cobrando mucha importancia reflejando y comunicando a fuentes de contratación la impresión de sus afiliados o usuarios ⁽¹⁾.

El entendimiento de las nuevas empresas integrales en salud, es la base del futuro en atención para el entorno actual (*MIAS Modelos integrales de atención en Salud*)⁽²⁾, porque permite fortalecer los conceptos organizacionales y administrativos que centralizan los lineamientos, permitiendo establecer un orden

lógico y estructural más eficiente, donde a partir de una base incluso geográfica estratégica se concibe el mejor esquema integrado para relacionar todos los procesos concernientes a un objetivo de atención, es decir estos esquemas permiten enfocar sus servicios de manera primaria o especializada y así mismos tener el desarrollo para lograr el conjunto de actividades implicadas llevando al usuario a una afirmación de satisfacción en recuperación y adicional a esto a algo muy importante y que fideliza sus usuarios cautivando a su vez nuevos, es la experiencia vivida en la institución integral.

Teniendo en cuenta lo anterior y que aún no hay construida ni planeada una *Ruta de Atención Integral en Rehabilitación en Salud* dentro de las 16 propuestas por el Ministerio de Salud y Protección social, se propone por medio de este proyecto desarrollar una investigación, con la metodología recolección de información mediante herramienta aplicada a profesionales del área de la salud y población impactada como usuarios de servicios de rehabilitación, que nos permita sugerir aspectos claves para creación y desarrollo de dicha Ruta, basándonos en *El Manual Metodológico para la Elaboración e Implementación de RIAs*.⁽³⁾

NECESIDAD Y PROBLEMA

Las personas con una situación de discapacidad motora de forma aguda o crónica requieren un apoyo integral para el manejo de sus restricciones funcionales y apoyo a su núcleo familiar, nuestro país está en un proceso de reforma en la atención en salud, y nuestro departamento Caldas, requiere la implementación de Modelos integrales de atención en rehabilitación y actualmente no se cuenta con el plan de creación de una Ruta de Atención Integral en Rehabilitación.

¿Cuáles son los aspectos importantes a tener en cuenta para la creación y el desarrollo de una ruta de atención integral en rehabilitación para las personas con discapacidad motora aguda o crónica claramente definida en la ciudad en la Manizales?

2. ANTECEDENTES

ARTÍCULO	AUTOR	AÑO	COMENTARIO
<p>La utopía de la atención integral en salud: Auto atención, práctica médica y asistencia primaria</p>	<p>Josep M. Colmelles.</p>	<p>Enero 1993</p>	<p>En casi ya treinta años, la evolución de la medicina ha buscado la manera de integrar los diferentes sistemas médicos, como lo describe el artículo “la utopía de la atención integral en salud” de Josep M. Colmelles, las transformaciones en la práctica médica, las políticas del estado y la evolución de los pacientes se ha transformado en retos constantes para la unificación integral de los servicios en salud, considerándose un monopolio la prestación actual de la misma, sin una satisfacción real para los usuarios que cada día reclaman por un trato justo, oportuno y que realmente mejore su condición. En la gestión de la salud, el modelo hospitalario cobró fuerza por el contenido del cuidado, que poco a poco se ha confundido con un auto cuidado, desvirtuando el proceso enlazado de cada departamento o especialidad para ofrecer una atención que refleje la mejoría en los pacientes; ante este hecho, es necesario replantearnos y lograr concatenar cada uno de los actores de un sistema de atención, para perpetuar su razón de ser a evidencias clínicas y resultados de satisfacción en los usuarios actuales.(7)</p>
<p>Acceso a la</p>	<p>Ingrid Vargas</p>	<p>Enero</p>	<p>Ingrid Vargas L y col, aducen en</p>

atención salud Colombia	en en	Lorenzo; M Luisa Vásquez Navarrete; Amparo M, Mogollón Pérez.	2010	<p>su artículo “Acceso a la atención en salud en Colombia”, que la utilización de los servicios de salud se ha vuelto excluyente, escaso y parcial, determinado por factores como ser limitado a áreas geográficas específicas, características de proveedores y aseguradoras, además del interés político influyente en las zonas; por tanto integrar de manera adecuada e inteligente desde el punto de vista administrativo, científico, social y económico los servicios de salud con un fin o propósito fundamentado, puede dar un orden necesario en el caos de la atención actual.</p> <p>En Colombia se ha buscado incrementar la cobertura en salud, pero no se ha logrado establecer un modelo en atención adecuado para evitar los colapsos y críticas a la que constantemente se viene sometiendo el SGSSS, es frecuente ver una interrupción en los procesos de evolución en los pacientes con una constante sensación de sin sabor y falta de herramientas finales para concluir adecuadamente un servicio; es clara la necesidad de generar formas integradas de atención, que permitan una manera más acertada de ejecución, administración y planteamiento económico, con lo cual el sistema de salud, podría fluir de manera organizada incluso en sus cuentas frente a los servicios prestados, lo que en fuga de recursos sería productivo sin dejar de brindar los elementos</p>
----------------------------------------	------------------	---------------------------------------------------------------------------------	------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			necesarios para la salud de un paciente. (8)
Análisis comparativos de modelos de atención en salud para población indígena en la región andina.	Lina A González V.	Enero 2015	Lina A González V, en su artículo “Análisis comparativos de modelos de atención en salud para la población indígena en la región andina”, describe elementos importantes que hacen más necesario el desarrollo de modelos integrales en atención de salud, el poder asociar de manera adecuada para la productividad (entendiéndose esta como la mejor atención, evolución, dinamismo económico, entre otros), el recurso humano específico para un fin determinado o especialidad terapéutica, el recurso físico, los espacios de interacción y participación social, aspectos filosóficos y conceptuales, la estrategia de gestión del modelo logrando integrar la provisión del servicio, la generación de recursos, la financiación adecuada. (9).
Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud.	María Victoria Ocampo Rodríguez; Víctor Fernando Betancur Urrutia; Jennifer Paola Montoya Rojas; Diana Carolina Bautista	Febrero 2013	En el artículo “sistemas y Modelos de Salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud” de María Victoria Ocampo R y col, la palabra integración adquiere importancia porque nos permite evidenciar que, a pesar de los modelos verticales, se presentan todavía muchos inconvenientes en la atención para los usuarios ya que los sistemas son fragmentados y por ende llevan pasos burocráticos

	Botton.	<p>que entorpecen el desarrollo y evolución de una enfermedad; es necesario visionar esquemas con organizaciones integradas, que evidencien coordinación en sus procesos y los tipos de atención específica involucrando el recurso humano adecuado, la tecnología, plantel físico, administrativo, de manera que puedan dan continuidad al tratamiento de un paciente y resolver o mejorar su estado; esto en términos administrativos puede hacer más interesante un prestador frente a otro, desde varios puntos como su accesibilidad al proceso, su estructura, su forma de integrar el gasto final, siendo más productivo y eficiente con menos reprocesos y por ende una mejor facturación.</p> <p>Es evidente que la fragmentación de la atención en salud, impacta la sostenibilidad financiera, por lo que en sistemas integrados de atención se puede focalizar el recurso, el talento humano adecuado en conocimientos y número de integrantes, el sistema tecnológico a emplear, las instalaciones adecuadas con mayor proporción a la ejecución y proyección de atención para evitar colapso, prospectar el impacto social y la variación en la campana poblacional, adaptándose más rápido y permitiendo tener existencia en el tiempo. (10)</p>
--	---------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>De la gestión de lo complementario a la gestión integral de salud: gestión de enfermedades e indicadores de actividad</p>	<p>S. Pieró Moreno</p>	<p>Mayo 2003</p>	<p>Recordemos entonces que vivimos en un mundo complejo, donde los ritmos de vida y tiempos son más ajustados y los gobiernos se preocupan por los gastos sanitarios, como lo expresa S. Piero Moreno en su artículo “De la gestión de lo complementario, a la gestión integral de la atención en salud”, la efectividad y sensibilidad de los servicios de salud es prioritaria por lo que es necesario la “integralidad” en su ADN, así se puede concebir una perspectiva complementaria del propósito de la atención actual de la salud, dando un propósito claro para un diseño de organizaciones en las que se pueda tener el contexto de inicio a la resolución en el proceso de evolución de un paciente con una enfermedad determinada, enlazando adecuadamente desde el cerebro administrativo, científico, recurso humano capacitado, herramientas físicas y complementarias, sin barreras entre personal especializado y niveles asistenciales, con conocimientos fuertes en las intervenciones, tratamiento y rehabilitación, con la debida información clínica para los pacientes y familiares dando espacio participativo, retroalimentando su sistema de calidad.</p> <p>Las organizaciones con atención integral en salud, pueden desarrollar indicadores más apropiados y medibles en su desempeño, al estar enlazadas</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------	------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>estratégicamente y poder administrar en un mismo sentido todo el conjunto; otro parámetro importante es que logran una evaluación de la tecnología de manera más eficiente por su verdadera razón de ser que les permite especificidad y enfoque dando mayor calidad técnica y pericia frente a otros prestadores, con lo que claramente se involucra mayor generación de conocimiento e innovación.</p> <p>Los beneficios de la atención integral en salud, adicional a las ya mencionadas contienen la optimización de la gestión territorial, priorizando y aportando el mejor servicio al usuario de acuerdo a su zona o referente hospital o sitio de atención primaria, lo cual terminaría con el primer paradigma del acceso a la salud por ubicación geográfica y disponibilidad de herramientas.</p> <p>(11)</p>
<p>Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la reforma del sistema.</p>	<p>Adalberto E. Llinás Delgado.</p>	<p>Marzo 2010</p>	<p>En artículo citado se hace una revisión del concepto de calidad, basados en los principios de “Donavebian”, presentándose la normativa del sistema de garantía de calidad en Colombia con la precepción de los diferentes actores en el proceso de atención en salud. Los sistemas en salud revisados en detenimiento, han pretendido incrementar sus coberturas y su financiamiento, sin pensar en la verdadera reforma de fondo en el proceso integral e integrado de la salud, lo que permitiría aumentar la</p>

			<p>equidad y la calidad en los procesos, brindando satisfacción a la comunidad involucrada; claro está sin olvidar el articulador del conocimiento como fundamental en las rutas de atención especializada. (12)</p>
<p>Experiencia de implementación de un modelo de atención primaria.</p>	<p>Miriam Ruiz Rodríguez; Naydú Acosta Ramírez; Laura A. Rodríguez Villamizar; Luz M. Uribe; Martha León Franco.</p>	<p>Noviembre 2011</p>	<p>En este artículo se buscó identificar los factores que generan dificultades en la implementación de un modelo de atención primaria en la zona de Santander en la última década; el proceso evidenció dificultades desde la parte nacional, departamental y municipal, lo que puede ser aprovechado para contextos nacionales e internacionales; las limitantes más destacadas son de tipo estructural y de fragmentación en atención, debido a un sistema de aseguramiento que segmenta las instituciones y no permite integrar la atención primaria desde la perspectiva del conocimiento en el talento humano requerido para el mismo, adicional a las segmentaciones institucionales que impiden integrar los procesos y facilitar la disminución en gastos y fugas de recursos, todo esto es el reflejo de que lo implementado en departamento no es concordante con la práctica de los municipios. Los planes implementados están basados en cumplimientos de metas, pero no tienen el verdadero fondo para la integralidad de una atención integral primaria en salud, lo que a su vez invita a los aseguradores y los prestadores a vincular sus</p>

			<p>procesos de tal manera que puedan enlazar el talento humano, el recurso físico y el conocimiento en estándares de producción en salud, generando mejor incentivo en el talento humano y una contratación más homogénea que permita que los procesos continúen y se enlacen y lleguen a objetivos claros de atención. (13)</p>
<p>La atención primaria de salud: desafíos para su implementación en américa latina.</p>	<p>Alexandra Giraldo Osorio; Consuelo Vélez Álvarez.</p>	<p>Marzo 2013</p>	<p>En esta publicación la importancia del desarrollo de los procesos para la atención primaria en salud en Latinoamérica cobran vital importancia como eje central de la salud, los gobiernos buscan centrar la atención en mejorar y desarrollar la manera de plantear mejores formas de llegar a la salud de sus poblaciones, sin embargo enfrentan los desafíos de la equidad y de generar la integralidad que les proporcione mejoras sustanciales en la calidad de la atención para dotar sus sistemas de los insumos adecuados para cimentar tanto en sus partes físicas como talento humano integrado para lograr el primer paso de armonizar las ideas incrementando la capacidad resolutive de la forma de atención primaria planteada en salud. Finalmente, lo importante es promover las acciones intersectoriales que logren plantear las rutas de integración y fomento de procesos vinculando los prestadores asociados a los aseguradores. (14)</p>

<p>La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación.</p>	<p>Céspedes G</p>	<p>2005</p>	<p>En el planteamiento citado se tiene como prioridad dar a conocer los principales fundamentos teóricos sobre la nueva concepción de la discapacidad enfatizada en los pilares de los derechos humanos, la autonomía, la integración, las capacidades y los apoyos, primando la integración de la persona con el entorno; de igual forma se describen algunos modelos de rehabilitación que han sido utilizados a lo largo del tiempo y su grado de eficiencia en su implementación. Finalmente, al profundizar en un macro sistema hacen parte de este los elementos culturales, tendencias políticas, los sistemas económicos y en fin todos los factores de la sociedad en general. Son muchas las barreras que estas personas con discapacidades enfrentan, entre ellas es interesante destacar la falta de asociación de los sistemas de atención para facilitar principios tan simples como el acceso y distancia de los centros, los diferentes procesos allí encontrados y su lógica en el abordaje del mismo paciente, lo que impacta en decesos en los tratamientos y la no aceptación adecuada de familiares en el proceso. (15)</p>
------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	-------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.1. ANTECEDENTES NORMATIVOS

DOCUMENTO	DATOS IMPORTANTES
<p>Constitución política de Colombia de 1991</p>	<p>Según la Constitución Política de Colombia, los derechos humanos son universales y se clasifican en: a) derechos fundamentales, b) derechos sociales, económicos y culturales, y c) derechos colectivos y del ambiente. Las personas en situación de discapacidad deben gozar de sus derechos y libertades fundamentales en términos iguales con otros en la sociedad, sin discriminación de ningún tipo. Ellas también disfrutan de ciertos derechos específicamente ligados a su condición de salud.</p> <p>En su artículo 47 dice que “el Estado debe de adelantar políticas de rehabilitación para las personas con discapacidad y que se prestará la atención especializada que ellos requieran”</p> <p>(Doc Marco Legal de la Discapacidad) (16)</p>
<p>Plan Decenal de salud pública 2012 - 2021</p>	<p>En el punto <i>9.1.5 Vulnerabilidad asociada a condiciones de discapacidad</i> dicta que “Se deben incorporar acciones enfocadas en garantizar la atención integral y la prestación de servicios de rehabilitación con calidad a población con discapacidad”</p> <p>En este documento se transversaliza la atención a personas con discapacidad, ampliándola desde un ámbito de prevención hasta un ámbito de rehabilitación, y para que sea efectiva debe darse de manera continua. Para ello menciona la articulación y gestión intersectorial, y la gestión para el fortalecimiento institucional y de los servicios de salud, proponiendo una serie de estrategias para su adecuada fluidez.</p> <p>Se plantea como meta de que “al 2021 Colombia debe de contar con un modelo de</p>

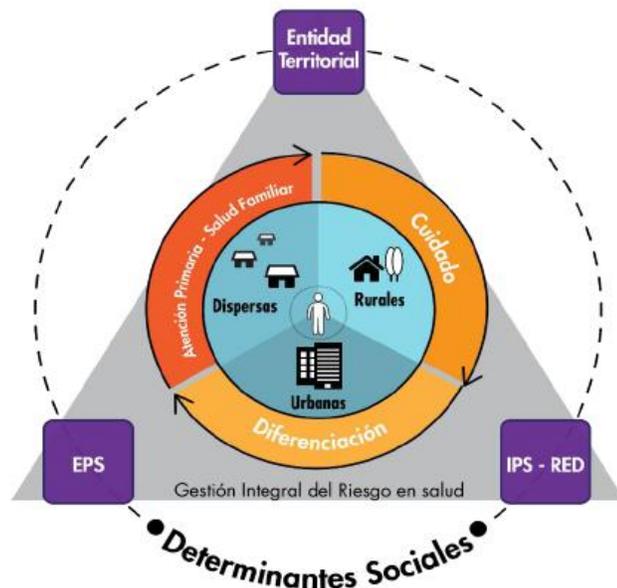
	<p>atención integral en salud para personas con discapacidad”. (17)</p>
<p>Ley 1618 de 2013 (Ley estatutaria de discapacidad)</p>	<p>“Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad”.</p> <p>En el Título IV, Artículo 7° propone en el punto 4 adoptar una medida para garantizar el servicio de habilitación y rehabilitación integral en niños y niñas y que todos los ministerios y entidades gubernamentales son responsables de ello; Dando así derechos importantes a la población menor de edad.</p> <p>El Artículo 9° da el derecho a toda la población con discapacidad a “acceder a los procesos de habilitación y rehabilitación integral...” y dispone 10 acciones para que este proceso se dé a cabo de manera adecuada, poniendo a La Comisión de Regulación en Salud (CRES) como responsable de la definición de los mecanismos en el SGSSS y al Ministerio de Salud y Protección Social como ente promotor, gestor y vigilante de dicho sistema. (18)</p>
<p>Política de Atención Integral en Salud (PAIS) 2016</p>	<p>El objetivo de esta Política es “orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”</p> <p>En este documento se destaca que los flujos de los recursos económicos son ineficientes, ya que existe una continua disconformidad entre aseguradores y prestadores por la forma de contratación de los aseguradores (precios, tiempos de pago) lo que sumerge al sistema en una estructura costosa y poco resolutive; Para dar solución a lo anterior, propone 7 estrategias optimizadoras para el manejo del</p>

sistema:

- Descreme de mercado, contratación selectiva y racionamiento desde el asegurador.
- Inducción de demanda, barreras de entrada y captura del regulador desde los prestadores de servicios de salud, IPS.
- Concentración de oferta y control de la formación desde los grupos médicos.
- Riesgo moral y selección adversa desde los usuarios.
- Aumento de la utilización y pago de servicios de alta tecnología (inducción de demanda de alta tecnología) y baja capacidad resolutive en el nivel primario que está en contacto directo con la población.

Propone también una adecuada estructura del sistema de incentivos con el fin de mejorar calidad, eficiencia y efectividad en la atención en salud; Se incluyen pagos a los profesionales asistenciales, a los prestadores y a los aseguradores. (1)

Ilustración 3. Política de Atención Integral en Salud, PAIS



Fuente: MSPS. 2015

Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) 2015

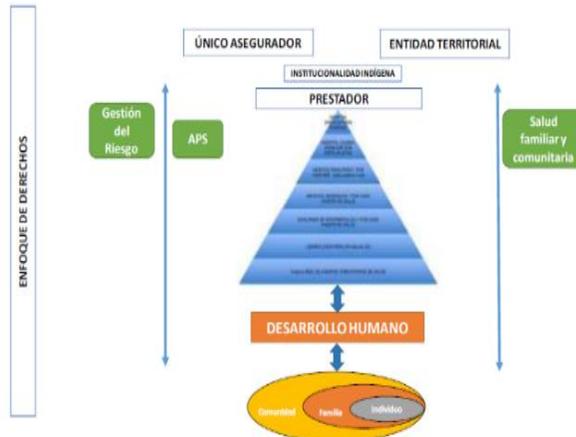
Es un modelo que se basa en el Enfoque de Derechos y sus estrategias de operación se centran en:

- Mejorar la calidad del servicio, orientada a la población.
- Mejorar la efectividad (costo-beneficio) de las intervenciones y, por tanto, la capacidad resolutoria en todos los niveles de atención.
- Fortalecer la continuidad asistencial, al favorecer la coordinación entre la salud pública, las acciones de los servicios primarios y especializados, y la comunidad.
- Mejorar el desarrollo profesional, enmarcado en la política de talento humano en salud.
- Mejorar la eficiencia, la gestión y la organización.

Su marco jurídico y normativo está enmarcado en:

- Carta Política, Artículos 48 y 49.
- Ley 21 de 1991, adopción del convenio 169 de la OIT.
- Ley 100 de 1993, SGSSS, Artículos 1, 2, 3, 6, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 159, 177, 184, 185, 194, 238 y 239.
- Ley 691 de 2001, Participación de los grupos étnicos en el SGSSS.
- Ley 715 de 2001, Criterios para distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP).
- Ley 1122 de 2007, Artículo 14, La organización de los afiliados en los componentes del régimen de aseguramiento por parte de las EPS.
- Ley 1164 de 2007, Disposiciones en materia de Talento Humano en Salud (THS).
- Ley 1176 de 2007, Artículo 35, sobre la contratación de las entidades prestadoras de servicios de salud.
- Leyes 1393 de 2010 y 1438 de 2011 que obligan a las entidades territoriales a presentar planes territoriales de salud.

Manual metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS



Gráfica 3. Esquema operativo del Modelo Integral de Atención en Salud para el departamento de Guainía.

En este documento se define la forma de elaborar e implementar una Ruta integral de Atención en Salud (RIAS) a partir de:

- Acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las personas, familias y comunidades.
- Atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.
- Acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud. (3)

3. SUPUESTO TEORICO

Los aspectos claves para la creación y desarrollo de una ruta integral en rehabilitación son:

- La satisfacción con la entidad aseguradora en salud, que permita al usuario obtener un adecuado acceso a los servicios en salud y que sean de la calidad esperada.
- Los gastos personales o familiares asociados al acceso a servicios de salud limitan o permite que se pueda lograr un mejor resultado en rehabilitación.
- Los profesionales en salud y los usuarios valoran el hecho que exista una adecuada comunicación interdisciplinaria entre los actores de los procesos de rehabilitación integral.

4. JUSTIFICACIÓN

Actualmente nuestro Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) tiene como principios: universalidad, solidaridad, igualdad, obligatoriedad, prevalencia de derechos, enfoque diferencial, equidad, calidad, eficiencia, participación social, libre escogencia, sostenibilidad, transparencia, descentralización administrativa e intersectorialidad principalmente, según la ley 100 de 1993.⁽⁴⁾ Sin embargo, en estos 24 años el funcionamiento no ha sido el óptimo, puesto que la cobertura no ha sido total, además que en muchas áreas geográficas en el país donde en el papel afiliación por el sistema contributivo o subsidiado la atención se percibe que no es ni siquiera óptima. Los recursos económicos nacionales y su distribución se han visto seriamente afectado por la corrupción, una mala distribución y uso del gasto de los contribuyentes en salud.

En la Ley 1753 de 2015, “Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “TODOS POR UN NUEVO PAÍS”, uno de sus objetivos, es reducir las brechas territoriales y poblacionales existentes, para asegurar el acceso en igualdad de condiciones a servicios fundamentales como la salud, la educación y la vivienda para toda la población ⁽⁵⁾, además el Ministerio de Salud y Protección Social, traza la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), desarrollando un marco estratégico y un modelo operacional que va a permitir la acción coordinada de las normas, reglas, reglamentos, agentes y usuarios a efectos de orientar la intervención de los diferentes partes hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población y el goce efectivo del derecho fundamental de la salud al interrelacionar los elementos esenciales que lo configuran. ⁽¹⁾.

La Ley 1751 de 2015, Ley Estatutaria en Salud, en su Artículo 6^{to}, menciona los *elementos y principios del derecho fundamental a la salud* y que deben de aplicarse de manera interrelacionada; estos son: Disponibilidad, Aceptabilidad, Accesibilidad, Calidad e idoneidad profesional, Universalidad, Pro Homine (“interpretación de la norma más favorable para la protección del derecho fundamental a la salud de las personas”), Equidad, Continuidad, Oportunidad, Prevalencia de derechos, Progresividad del derecho, Libre Elección, Sostenibilidad, Solidaridad, Eficiencia, Interculturalidad, protección a los pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras. Además, en su Artículo 8^{vo}, habla sobre la *Integralidad* en la atención en salud, dictando que esta se debe dar de manera completa en todos los niveles de atención, “con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación...”. Tampoco podrá dividirse la responsabilidad en la atención en detrimento de la salud del usuario. El Artículo 15 de la Ley Estatutaria en Salud dicta que la prestación de los servicios de salud debe ser estructurada de una manera integral y “debe incluir servicios de

promoción, prevención, paliación, atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas” (6), lo que implica que si un prestador de servicios no posee dentro de sus instalaciones todas estas necesidades, deberá integrarse a redes de prestadores para poder cubrirlas y el proceso de transición entre estas redes debe de poseer la fluidez necesaria para que no sea traumático para el usuario.

También se percibe que, en la atención de procesos de rehabilitación en personas adultas en situación de discapacidad temporal o permanente, no se están realizando sesiones terapéuticas de forma integral ni interdisciplinaria, que permitan que sus procesos sean más costo-efectivos, ni con la calidad adecuada para tener un impacto importante así mismo en su calidad de vida, ni estructuración de proyecto de vida después de la situación que marcó ahora sus dificultades funcionales.

Basado en todo lo anterior consideramos pertinente realizar una investigación científica a cerca de los aspectos importantes a tener en cuenta para desarrollar un modelo integral de rehabilitación en Salud que permita mejorar el tipo de atención que se le da la población específica.

Para la Realización de este proyecto contamos con 5 profesionales en Medicina física y rehabilitación, Fisioterapia, Bacteriología, Odontología y Administración de empresas; con amplia experiencia en los campos de la atención de personas con discapacidad en planes de rehabilitación, además de, experiencia en el campo de administración, coordinación y gerencia en entidades territoriales, cajas de compensación y la industria farmacéutica. Estamos dispuestos a desarrollar una investigación exhaustiva acerca del tema ya planteado, ligándonos en el proceso estrechamente a los lineamientos descritos en el Manual Metodológico para la Elaboración e Implementación de RIAS.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

- Definir los aspectos importantes a tener en cuenta para la creación y desarrollo de una Ruta de Atención Integral en Rehabilitación en Salud para las personas con discapacidad motora aguda o crónica aplicable para Instituciones Prestadoras de Servicios de Rehabilitación de la ciudad de Manizales-Caldas.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar revisión de literatura guiados por el derrotero planteado en el Manual metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Recopilar información proporcionada por expertos que nos permita tener una visión amplia de la composición que debe de tener una Ruta de Atención Integral en Rehabilitación en Salud.
- Indagar a los usuarios de servicios de rehabilitación acerca de cómo perciben ellos que debería ser una Ruta de Atención Integral en Rehabilitación en salud a través de un instrumento generado por el equipo investigador.

6. MARCO TEÓRICO

Para entender una política en atención en salud, primero debemos conocer que la OMS define *Salud* como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (19); Además de eso, también define los *Modelos de Atención en Salud* como “la forma en que los componentes de un sistema de servicios de salud son organizados con el objeto de contribuir a su función colectiva” (20).

Pero ¿qué es un *Sistema de Salud*?, Según la ley 1751 de 2015 (estatutaria en salud), en su artículo 4° lo define como “un conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud”; Por lo tanto, una *Política Pública en Salud* es la norma encargada de decir cómo se deben articular estos elementos del sistema (6); La *Política de Atención integral en Salud (PAIS)* es la que tiene más actualidad en nuestro país y que en estos momentos se encuentra en proceso de implementación.

La *PAIS* tiene como objetivo “orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud” (6), para así garantizar el derecho a la salud, de acuerdo a la Ley Estatutaria 1751 de 2015” y se basa en el principio de *Integralidad* que en la política se define como “la igualdad de trato y oportunidades en el acceso (principio de equidad) y el abordaje integral de la salud y la enfermedad, consolidando las actividades de promoción. Prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas” (1).

Para llevar dicha articulación de la política a un estado más tangible, es decir a una implementación, se debe adaptar un modelo para la operativización de la misma. Para ello, el Ministerio de Salud y Protección Social en cabeza del Ministro Alejandro Gaviria ha formulado el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS), que tiene como finalidad “establecer las definiciones, normativas y lineamientos técnicos y operativos del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)” (2) y que tendrá su prueba piloto en el departamento de Guainía.

Inicialmente está planteada para ser operativa en el departamento de Guainía, pero está proyectada para ser adaptada e implementada en todas las regiones del país donde la población afronte condiciones difíciles de vida como pobre acceso a servicios de salud, vivienda, educación y trabajo; y está basado en “el enfoque de salud familiar y comunitaria y en la gestión integral del riesgo”.

Un MIAS debe enfocarse en las falencias y/o necesidades que tiene la región a cubrir, en el caso de este documento, que está dirigido a la población del departamento de Guainía, está centrado en “garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud y disminuir las brechas existentes de inequidad”. (2)

Una Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) es una herramienta para garantizar la fluidez en el sistema para que sea integral y que define los actores que participan en él, como territorio, asegurador y prestador. Actualmente se encuentran propuestas 16 RIAS, constituidas en 3 tramos:

1. Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de la vida de carácter individual y colectivo.
2. Rutas integrales de atención para los grupos de riesgo.
3. Rutas integrales de atención específica para eventos.

Por medio de esta investigación apuntamos a la creación de la Ruta Integral en Rehabilitación en Salud, enmarcada en el 3er tramo y que aún no está propuesta dentro de las 16 Rutas mencionadas en el documento.

El Ministerio de salud y Protección Social, plantea los siguientes 10 pasos para la elaboración de las RIAS:

1. Planeación para la elaboración de las RIAS
2. Mapeo de las acciones/intervenciones
3. Revisión de la práctica actual
4. Revisión de la evidencia científica
5. Desarrollo del diagrama preliminar de las intervenciones
6. Identificación y caracterización de los hitos.
7. Construcción de la matriz de intervenciones
8. Construcción gráfica de RIAS
9. Validación y retroalimentación
10. Implementación (3)

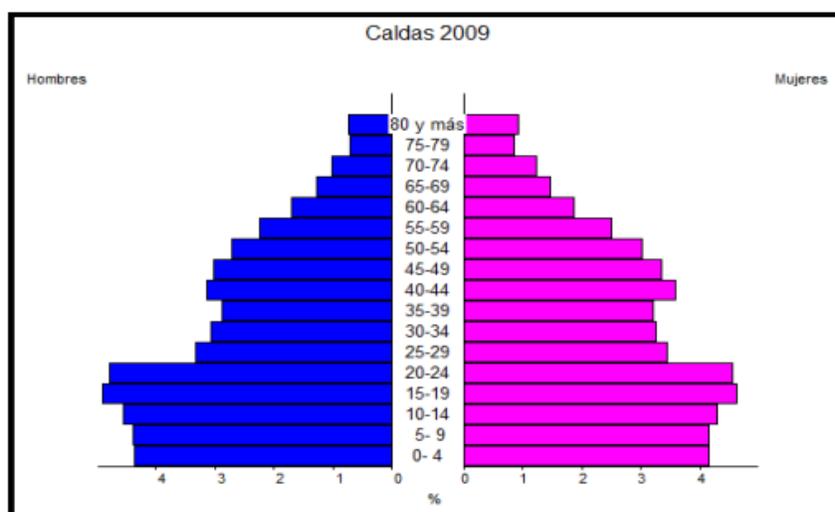
7. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1 UBICACIÓN CONTEXTUAL

La población colombiana al 13 de noviembre de 2017 era de 49.494.182 habitantes, según el reloj poblacional del DANE. El país está compuesto por 32 departamentos y el distrito capital (Bogotá). La población está condensada en un 74% en áreas rurales en forma general. El 60% de la población colombiana se ubica en seis departamentos Cundinamarca, Antioquia, Valle del Cauca, Bolívar, Atlántico y Santander⁽²¹⁾.

El departamento de Caldas se encuentra en un punto equidistante entre el norte y sur del país y un poco hacia el occidente del mismo, enmarcado entre los polos de desarrollo de crecimiento denominado “triángulo de oro”, constituido por Bogotá, Medellín y Cali ubicación que le beneficia por el gran intercambio comercial con estos centros. La extensión del departamento de Caldas es de 7.888 km.2 que corresponde al 0.7% de la superficie del país. Respecto a los municipios, Manizales y La Dorada concentran el 47% de la población y siguen los municipios de Riosucio y Chinchiná, cada uno con el 6% de la población del departamento. Manizales punto de referencia obligada para los municipios del departamento en muchas áreas: político-administrativa, comercial, educativa y de servicios de salud, no obstante que para los municipios de la subregión del occidente bajo son las ciudades de Pereira y La Virginia las que generan mayor influencia. Para el 2009 la población de Caldas era de 978.362 habitantes. Con la siguiente distribución en la campana poblacional:

Grafica 1: Campana Poblacional Caldas 2009



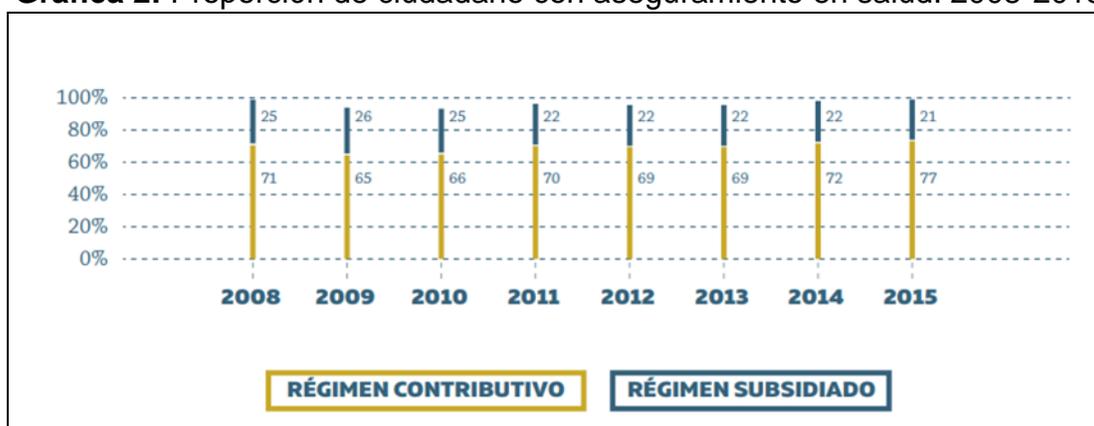
Fuente: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/mapa/Analisis-de-Situacion-Salud-Caldas-2011.pdf>

Manizales es una ciudad intermedia de 396.075 habitantes (48% hombres y 52% mujeres), de los cuales 93% habita la zona urbana y 7% en la zona rural, según el censo del DANE de 2015. La población del municipio presenta un crecimiento de apenas 0,4% cada año, con tendencias al envejecimiento de los habitantes. Las principales causas de muerte en el 2015 fueron enfermedades del corazón, cerebrovasculares o de las vías respiratorias. En los menores de 44 años las principales causas de muerte son externas: homicidios, accidentes de tránsito y suicidios. El 71% de las muertes que se produjeron en la ciudad en 2015 se consideran evitables con medidas preventivas, tratamiento precoz y saneamiento ambiental.

El informe de Calidad de Vida 2015, de la Red Como Vamos.org indica que: “Según la Encuesta de Percepción Ciudadana, el 53% de los ciudadanos en 2015 requirieron de algún servicio de salud y de éstos 98% lograron acceder a él. No obstante, sólo 56% de quienes tomaron algún servicio se encuentran satisfechos con el servicio recibido”.

En Manizales hay una cobertura del sistema de salud del 98%. Con la siguiente distribución en los últimos años respecto al régimen contributivo y subsidiado:

Grafica 2: Proporción de ciudadano con aseguramiento en salud. 2008-2015



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

7.2 TIPO Y ENFOQUE DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo descriptivo transversal, se realizó una encuesta específica para la población susceptible de servicios de rehabilitación en salud y otra para expertos a nivel nacional en el área de rehabilitación/habilitación.

7.3 POBLACIÓN

Se aplicaron dos tipos de encuestas, una para población general susceptible de uso de servicios de rehabilitación/habilitación, se aplicó en cuatro Instituciones prestadores de servicios de salud de la ciudad de Manizales, con previa autorización de cada una. Las IPS que amablemente participaron de este estudio fueron: IPS Universidad Autónoma de Manizales, IPS Teletón Manizales, IPS Fisiatrics SAS y la IPS Neurología integral del Caldas.

7.3.1. Criterios de Inclusión para primer instrumento

- Personas mayores de 18 años.
- Personas asistentes a las IPS seleccionadas como usuarios directos o acompañantes.
- Personas con capacidad mental y comportamental para resolver la encuesta.
- Personas que dieron su consentimiento de forma verbal y/o escrita para participar en la encuesta, según la IPS lo solicitó.

7.3.2. Criterios de Exclusión para primer instrumento

- Menores de edad.
- Personas que no desearan participar de forma voluntaria

Se realizó una segunda encuesta para profesionales con experiencia en manejo de pacientes con necesidades de habilitación/rehabilitación. La encuesta se realizó online, se envió el enlace por medio de mensaje de texto al celular, para diligenciar la misma que estaba compuesta de seis preguntas (FORMATO ANEXO).

7.3.3. Criterios de Inclusión para segundo instrumento

- Profesionales en el sector salud con experiencia desde el área asistencial para atender personas con necesidades en rehabilitación/habilitación en Colombia.
- Profesionales que de forma voluntaria y desinteresada accedieron al diligenciamiento de esta encuesta.

7.3.4. Criterios de Exclusión para segundo instrumento

- Profesionales por fuera del territorio colombiano.
- Estudiantes de profesiones en salud que no hubiesen terminado sus estudios.
- Médicos, terapeutas o especialistas que no realizaron labor asistencial

7.4 CARACTERIZACIÓN DE VARIABLES

		DEFINICIÓN	
VARIABLE	CLASIFICACIÓN	CONCEPTUAL	OPERACIONAL
INSTRUMENTO 1			
IPS de rehabilitación de la encuesta 1	Cualitativa nominal politómica	Institución prestadora de servicios de salud IPS, donde se realizó la aplicación a los usuarios de la encuesta 1	IPS Universidad Autónoma de Manizales Teletón Manizales IPS Fisiatrics SAS IPS Neurologia Integral de caldas
Edad	Cuantitativa continua	Edad según años cumplidos, y clasificados según los grupos etarios que propone la OMS	12 a 18 años: adolescente 19 a 40 años: adulto joven 41 a 64 años: adultez Mas de 64 años: adulto mayor
Género	Cualitativa Nominal dicotómica	Sexo biológico	Femenino Masculino
Persona que necesita servicios de rehabilitación	Cualitativa nominal politómica	Persona que requirió acceso a terapias	Usted Un Familiar Un Amigo
EPS de afiliación de la persona que necesitó los servicios de rehabilitación	Cualitativa nominal politómica	Empresa prestadora de servicios de salud a la cual está afiliada la personas que requirió acceso a	Coomeva Medimas Sura

		terapias	
Nivel socioeconómico de la persona que requirió acceso a rehabilitación	Cualitativa nominal politómica	Clasificación de estrato socioeconómico según recibo de servicios públicos de la vivienda del usuario de rehabilitación	1,2, 3, 4, 5, 6 y no sabe
Oportunidad del servicio de rehabilitación	Cualitativa nominal politómica	Tiempo que paso entre la solicitud de rehabilitación y el inicio:	1 a 15 días 16 a 30 días 1 a 2 meses 3 a 6 meses Mas de 6 meses Todavía está esperando
Barreras de accesos para rehabilitación	Cualitativa nominal dicotómica	Demora en el agendamiento de sus citas	SI NO
Motivo para demora en acceso	Cualitativa nominal politómica	Motivo por la que se presentó demora en el agendamiento	-Dificultades en las autorizaciones por las EPS -No había citas en la Institución donde le iban a realizar las terapias -Presentó dificultades económicas para ir a las terapias.
Acceso a más de un área terapéutica	Cualitativa nominal dicotómica	Requirió intervención por más de una modalidad terapéutica como	SI NO

		terapia física, ocupacional y/o fonoaudiología.	
Calidad del servicio recibido	Cuantitativa continua	Percepción de la calidad del servicio recibido en rehabilitación, calificando del 1 al 10, siendo 1 el nivel más bajo y 10 más alto.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10
Recibió todas las terapias en un mismo centro	Cualitativa nominal dicotómica	Si el usuario necesito intervención por diferentes áreas terapéuticas, las recibo todas en el mismo centro.	SI NO
Considera usted que si los terapeutas le explicaran cuales son los objetivos de las intervenciones que le están realizando podría recuperarse más rápido	Cualitativa nominal dicotómica	Mejoría en rehabilitación, con una mejor comunicación con el terapeuta	SI NO
Supervisión médica del proceso de rehabilitación	Cualitativa nominal dicotómica	Siente la persona encuestada más confianza si hay supervisión médica del proceso de rehabilitación.	SI NO
Modelo ideal de atención integral en salud	Cualitativa nominal politómica	Diferentes opciones para seleccionar como más importantes	-Atención de varios profesionales en un mismo techo. -Comunicación

		dentro de los procesos de rehabilitación integral según la MIAS	<p>constante sobre el manejo de los pacientes por parte de los profesionales que lo están tratando.</p> <p>-Una atención en salud donde le tiene en cuenta no solo sus dificultades físicas sino también sus aspectos psicológicos, sociales y emocionales.</p> <p>-Una atención en salud en la que el lugar donde le den las autorizaciones (EPS) y presten los servicios (IPS) estén articulados para facilitar los trámites</p>
--	--	-----------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

INSTRUMENTO 2

Profesión	Cualitativa nominal politómica	Título profesional en el sector salud que tiene la persona que diligencia la encuesta	<p>MEDICO GENERAL</p> <p>FISIATRA</p> <p>ORTOPEDISTA</p> <p>TERAPEUTA OCUPACIONAL</p> <p>TERAPEUTA FISICO</p> <p>FONOAUDIOLOGO</p> <p>ENFERMERA</p> <p>OTRO</p>
Conducta con usuarios que necesitaban	Cualitativa nominal politómica	Sí el profesional en salud detecta una persona que	Le genera ordenes de terapias usted

servicios de rehabilitación.		necesita terapias de rehabilitación, que decisión toma	mismo. Lo remite a un médico especialista en rehabilitación. Lo remite a al médico general.
Calidad de las terapias-	Cualitativa nominal politómica	Perciben los expertos como buena la calidad de las terapias que se reciben dentro del plan de beneficios en salud	SI NO NO SABE
Facilidad de aplicación del modelo integral de rehabilitación a nuestro sistema de salud	Cuantitativa continua	Escala de percepción del 1 al 5, siendo el uno el valor más bajo y 5 el más alto, para indicar que tan factible ven la aplicación el modelo integral de rehabilitación a nuestro sistema de salud colombiano.	1 2 3 4 5
Prioridad en un Modelo Integral de Rehabilitación	Cualitativa nominal politómica	Situaciones que consideran los expertos más importantes a la hora de tener un plan integral de rehabilitación	-Todas las áreas terapéuticas en un mismo sitio. -Comunicación constante e multidireccional para favorecer el adecuado cumplimiento de objetivos terapéuticos del

			usuario. - Áreas de rehabilitación con alta tecnología. Modelo de rehabilitación con médicos y terapeutas altamente especializados. - Plan de rehabilitación donde se toma al ser humano de forma holística para favorecer la mejoría.
--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

7.5 PLAN DE RECOLECCION DE INFORMACIÓN

Para el cumplimiento de los objetivos del presente estudio se realizaron dos encuestas para dos poblaciones específicas, con previas pruebas pilotos que se realizaron a cada encuesta con una muestra de 10 personas, realizaron recomendaciones y ajustes la general finalmente las herramientas que se aplicaron.

7.5.1. Herramienta de recolección de información

El primer instrumento que se describe a continuación es el aplicado a la población general con el fin de conocer la experiencia que ha tenido cada persona para acceder a rehabilitación, satisfacción con modelo actual y percepción de elementos claves para la implementación de la nueva reforma en salud. Este realizó en las siguientes IPS: IPS Universidad Autónoma de Manizales, IPS Teletón Manizales, IPS Fisiatrics SAS e IPS Neurología Integral de Caldas. (INTRUMENTO 1 ANEXO).

El segundo fue aplicado a los profesionales con experiencia en manejo de usuarios con necesidad en rehabilitación/habilitación, llamados también expertos. Se indagó sobre la percepción de la calidad de las terapias actualmente, y lineamiento en la reforma en salud en el área específica de rehabilitación. (INTRUMENTO 2 ANEXO).

7.5.2 Estrategias

El instrumento 1, fue aplicado a las personas que previamente dieron su consentimiento informado y se les había explicado finalidad de la encuesta, se realizó una aplicación supervisada, por el entrevistador, que hacía parte del grupo de investigadores.

El diligenciamiento fue de carácter anónimo, y a cada encuesta se le asignó un numero según la secuencia de aplicación.

Con el instrumento 2, se compartió el enlace de la encuesta online con médicos generales, médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación, Terapeutas físicos, ocupacional y fonoaudiólogos, ortopedistas, enfermeras jefes y otros profesionales en salud que asisten a personas con necesidad de rehabilitación.

7.5.3. Consentimiento Informado

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIONES

Título de la investigación: “Ruta de Atención Integral en Rehabilitación en Salud para las personas con discapacidad motora aguda o crónica aplicable para IPS de la ciudad de Manizales-Caldas”.

Institución donde se aplica el documento: -

Ciudad y Fecha: -

Una vez informado sobre los propósitos, objetivos e intenciones de esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar con esta, autorizo a los estudiantes de 3^{er} Semestre de la Especialización de Administración de la Salud, para diligenciar el INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN Y EXPECTATIVAS CON EL MODELO DE REHABILITACIÓN ACTUAL.

Adicionalmente se me informó que:

1. Mis datos personales no serán tenidos en cuenta para el análisis y la publicación de los resultados.
2. Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, y que estoy en plena libertad de retirarme de ella cuando lo desee.

3. No recibiré beneficio personal de ninguna clase por mi participación en esta investigación.
4. Toda información obtenida y resultados de la investigación serán tratados de manera confidencial y serán almacenados de manera física y en medio magnético. Se guardará en la Universidad Católica de Manizales.
5. Ya que toda la información se maneja desde el anonimato, los datos personales no pueden estar disponibles para terceras personas; solo estarán disponibles para las personas interesadas en la investigación.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí y mi acompañante (en caso de tenerlo) en su integridad de manera libre y espontánea.

FIRMA DEL PACIENTE

Documento de identidad: _____ N°: _____ de: _____

FIRMA DEL ESTUDIANTE

Documento de identidad: _____ N°: _____ de: _____

7.5.4. Muestra

Calculo de la muestra:

Para el cálculo de la muestra, se seleccionaron las IPS de la ciudad que impactan el tipo de población (paciente para rehabilitación) relevante para el estudio detalladas de la siguiente manera:

1. IPS FISIATRICS: población atendida para rehabilitación 60 pacientes.
2. IPS TELETÓN MANIZALES: población atendida para rehabilitación 100 pacientes.
3. IPS UNIVESIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES: población atendida para rehabilitación 250 pacientes.
4. IPS NIC: población atendida para rehabilitación 40 pacientes.

Posteriormente y de acuerdo al tipo de estudio se aplicó la fórmula para determinación de la muestra con N y Variable cualitativa de la siguiente manera:

Tabla 1: Muestra.

TAMAÑO DE MUESTRA SI SE CONOCE N Y LA VARIABLE ES CATEGORICAS				
Variable	Descripción	Valor	Valor2	Unidad Medida
N	Tamaño de la Población	450		Personas
Z	Confiabilidad	95%	1,96	
p	Proporción	80%		Porcentaje
me	Margen de Error o Precisión	4%		Porcentaje
n	$N*(Z*Z)*p*(1-p)$	207	MUESTRA	
	$(N-1)*(me*me)+(Z*Z)*p*(1-p)$			

Luego de calcular la muestra, se distribuyó de acuerdo al share de participación por IPS para determinar el número de encuestas por institución.

MUESTRA CON N y VARIABLE CUALITATIVA			
IPS	PACIENTES	% SHARE	MUESTRA
NIC	40	9%	16
FISIATRICS	60	13%	30
TELETÓN	100	22%	46
UAM	250	56%	115
TOTAL	450	91%	207

8. ASPECTOS ÉTICOS

De acuerdo con los principios establecidos en el Reporte Belmont y en la Resolución 008430 de octubre 4 de 1993: y debido a que esta investigación se consideró como Investigación en Seres Humanos y en cumplimiento con los aspectos mencionados con el Artículo 6 de la presente Resolución, este estudio se desarrollará conforme a los siguientes criterios:

Se realizó un estudio a algunos profesionales o expertos en el área de rehabilitación para conocer su visión y recomendaciones para la generación de una ruta integral de rehabilitación en Manizales, además se realizó otro estudio hacia los pacientes para indagar en los servicios rehabilitación de las algunas IPS especializadas, y conocer sus preferencias acerca de la atención en un modelo integral de rehabilitación para el mejoramiento de ellos y como les gustaría que fuera implementada, se llevó a cabo una investigación basada en la tolerancia, el respeto por los pacientes y la justicia, que son los principios éticos de la investigación.

Se diseñó una carta de autorización, donde la Universidad Católica de Manizales desde la Coordinación del programa de Especialización en Salud, nos colaboró con los permisos oportunos con los gerentes de las instituciones para realizar la investigación, estas son:

- IPS Universidad Autónoma de Manizales.
- Fundación TELETON Manizales.
- IPS FISIATRICS S.A.S.
- IPS NEUROLOGIA INTEGRAL DE CALDAS S.A.S.

Esto con el fin de garantizar la confidencialidad y respeto por la información obtenida para el estudio.

9.CRONOGRAMA

ETAPA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Creación de los instrumentos de recolección de datos												
Solicitud de permisos en las instituciones para la realización de la recolección de datos												
Recolección de datos												
Análisis de los datos recogidos												
Redacción del documento												
Presentación del Proyecto												

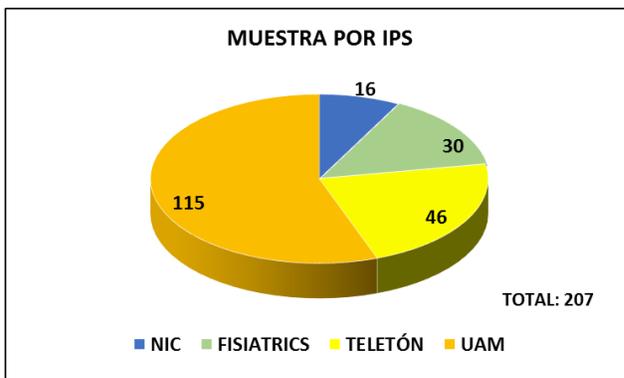
10 RESULTADOS Y ANALISIS

Se realizó aplicación de dos instrumentos para la investigación en los usuarios del sistema de salud (Instrumento 1) y otra para los expertos (Instrumento 2), los resultados se describen a continuación:

INSTRUMENTO 1

Para la recolección de resultados a los usuarios encuestados de los servicios de rehabilitación en la ciudad de Manizales, se tuvieron en cuenta las IPS relevantes en este tipo de servicio: IPS NIC, IPS Fisiatrics, IPS Teletón, IPS UAM, calculando la muestra a analizar de acuerdo a su población atendida.

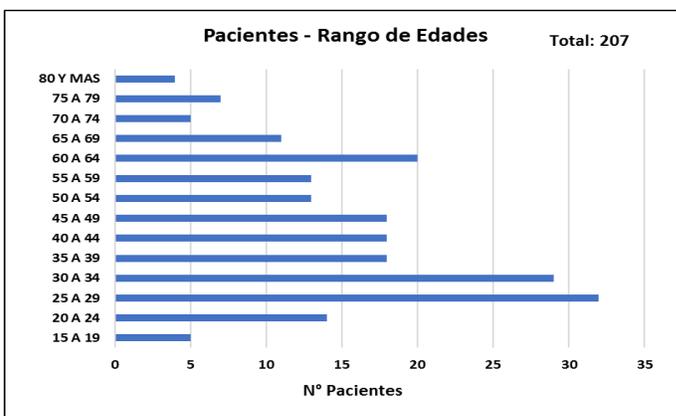
Grafica 3: Distribución de la población encuestada según IPS donde se aplicó.



Fuente: Instrumento 1. Encuesta a los usuarios del sistema de salud.

El rango de edades de los pacientes encuestados está contemplado desde los 18 años a los 80 o más años, con un predominio en los grupos de 25-29, 30-34 y 60-64 años de edad.

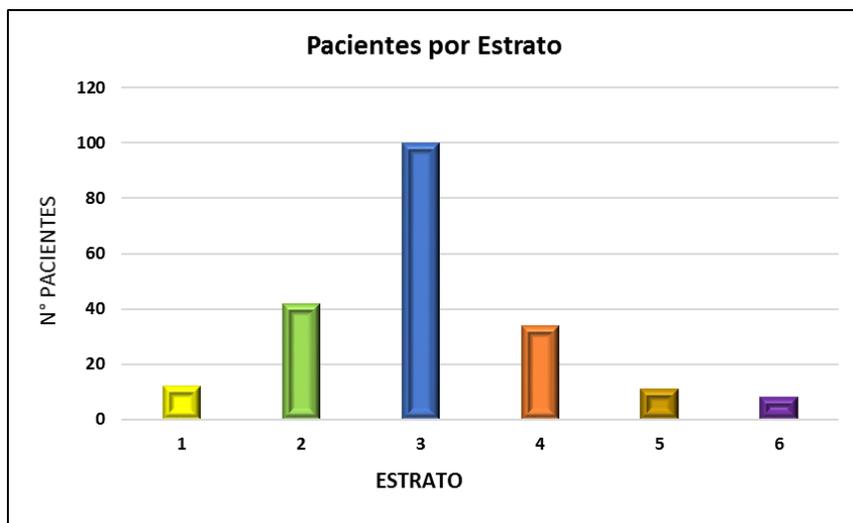
Grafico 4: Rango de edades.



Fuente: Instrumento 1. Encuesta a los usuarios del sistema de salud

Se contemplaron todos los estratos socioeconómicos para el estudio, apreciándose mayor influencia del estrato 3 (48%), seguido por el 2 y 4 en cantidad de pacientes.

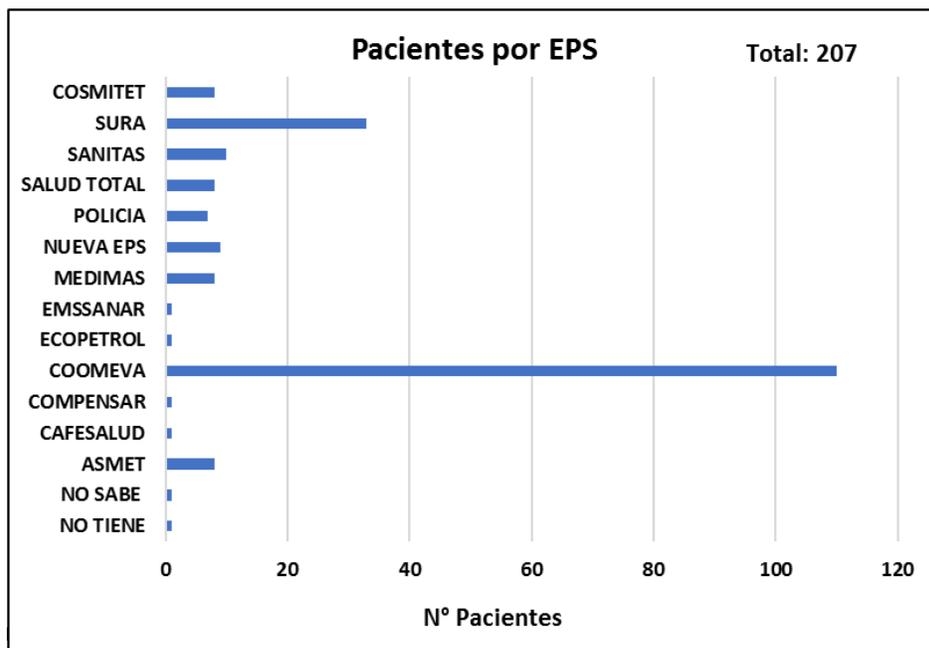
Grafico 5: Distribución de pacientes según el nivel socioeconómico o Estrato.



Fuente: Instrumento 1. Encuesta a los usuarios del sistema de salud.

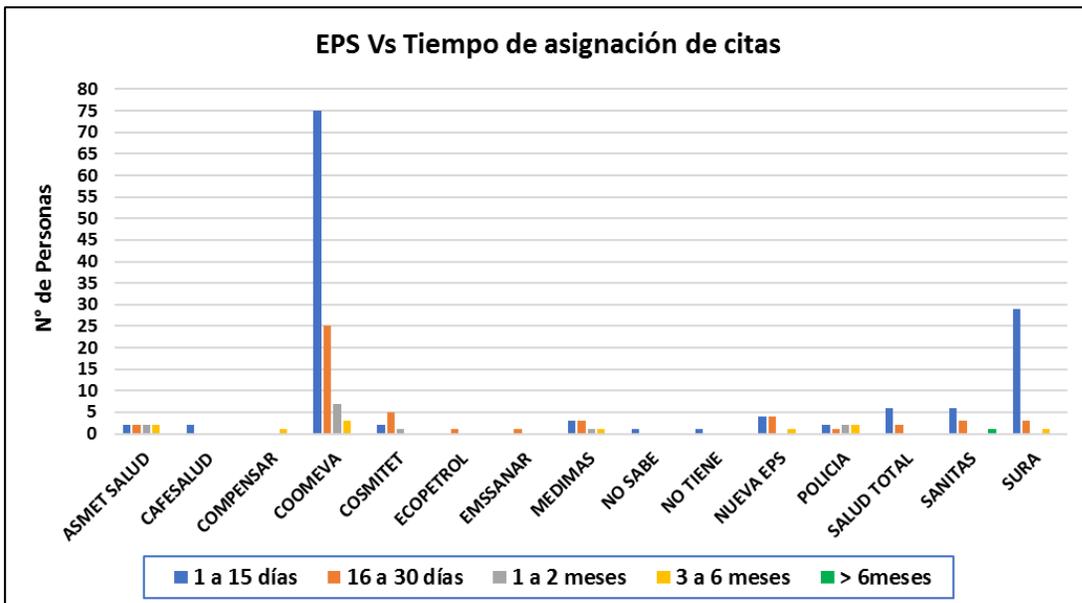
La distribución de los pacientes encuestados afiliados a EPS, se evidenció con una marcada afiliación a Coomeva, seguida en número por Sura, Cosmitet, Asmet salud, Sanitas, Salud Total, Nueva Eps, Medimas.

Grafica 6: Distribución de los usuarios o pacientes según la Empresa Asegurado en Salud (EPS).

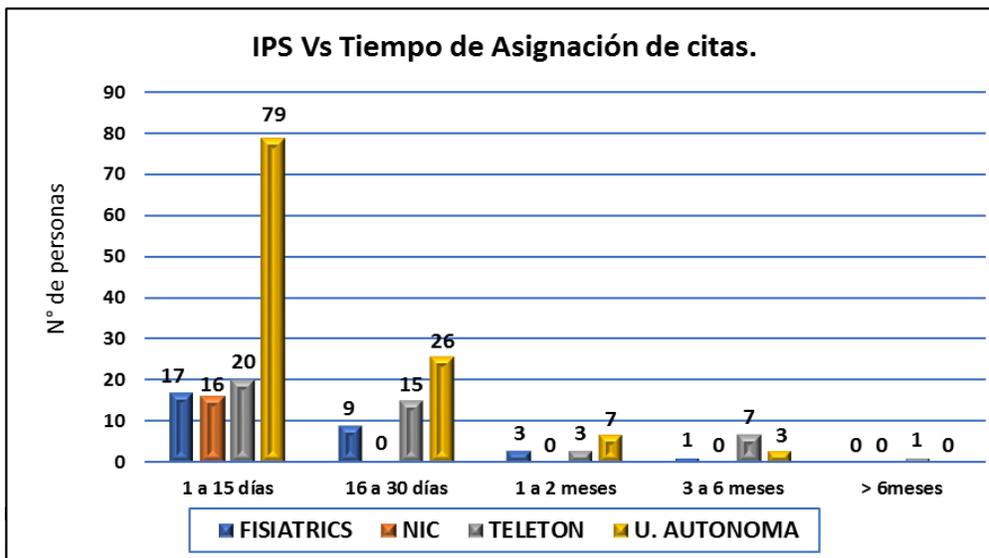


Se estableció la relación entre la EPS - IPS y el tiempo de asignación de citas, evidenciando mayor tendencia a citas prontas en las EPS Coomeva y Sura; como mayor tendencia en rapidez de asignación de terapias en las IPS en general; se presenta la IPS Teletón como la que tiene mayor respuesta tardía en citas con 7 pacientes asignados entre 3-6 meses.

Grafica 7: Relación entre las diferentes EPS, oportunidad de asignación de citas en días y cantidad de pacientes.

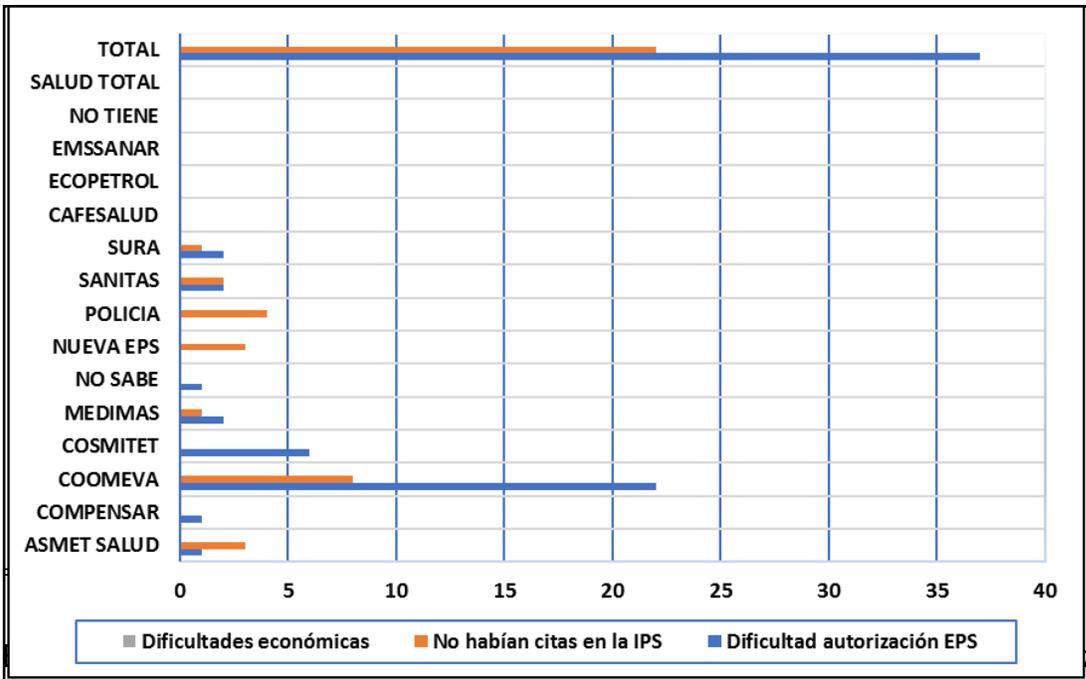


Grafica 8: Relación entre las diferentes IPS, oportunidad de asignación de citas en días y cantidad de pacientes.



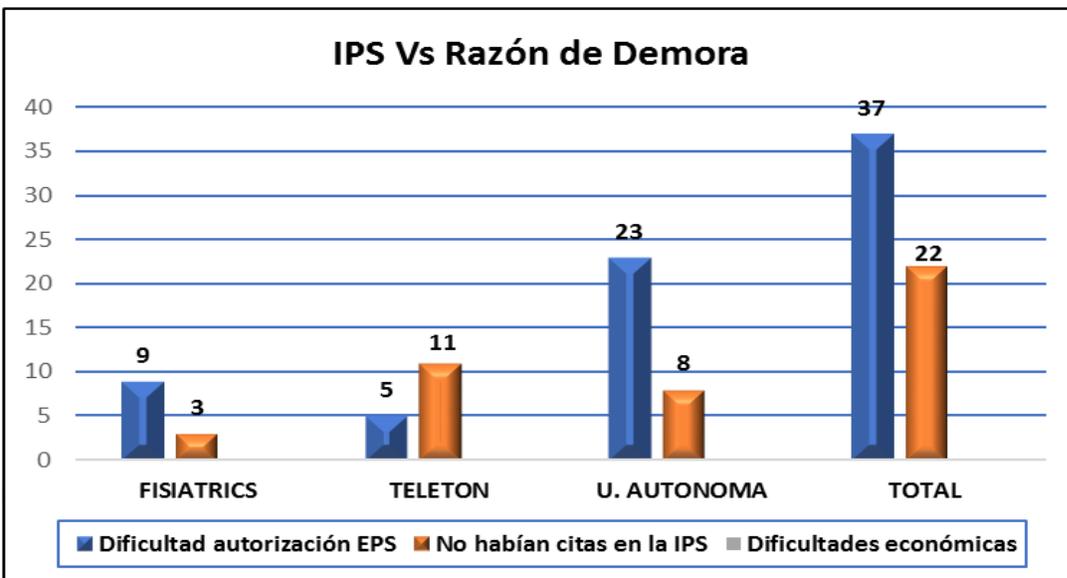
de citas, se discriminaron las mismas por IPS-EPS y las totales a decir:

Grafica 9: Causas de demora en el acceso a rehabilitación en relación con las EPS.

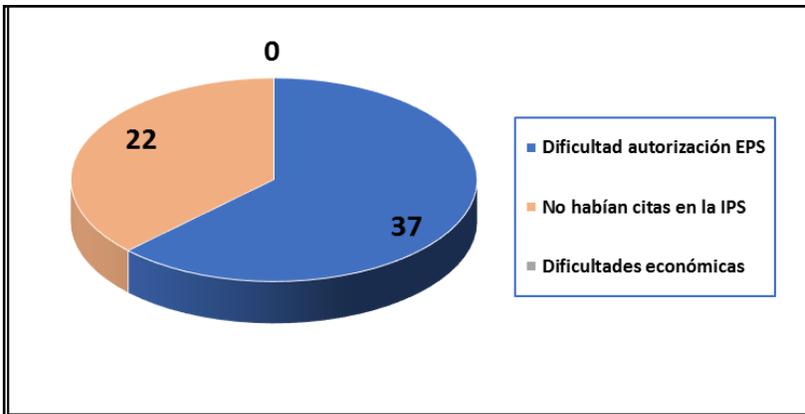


por la EPS y ninguno presentó dificultades económicas.

Grafica 10: Causas de demora en el acceso a rehabilitación en relación con las IPS.



Grafica 11: Distribución de causa de demora general en la asignación de citas en rehabilitación.



Fuente: Instrumento 1. Encuesta a los usuarios del sistema de salud.

Los usuarios que diligenciaron las encuestas, prefieren en un 67% que las terapias sean realizadas en un mismo sitio, el restante no lo consideran importante. Además, el 97% de los usuarios creen que si se les explica los objetivos de intervenciones que están realizando podrían recuperarse más rápido. El 92% considera que si el proceso esta supervisado por un médico especialista tiene una mayor confianza en la rehabilitación.

Grafico 12: Preferencia por intervención terapéutica en un mismo sitio.

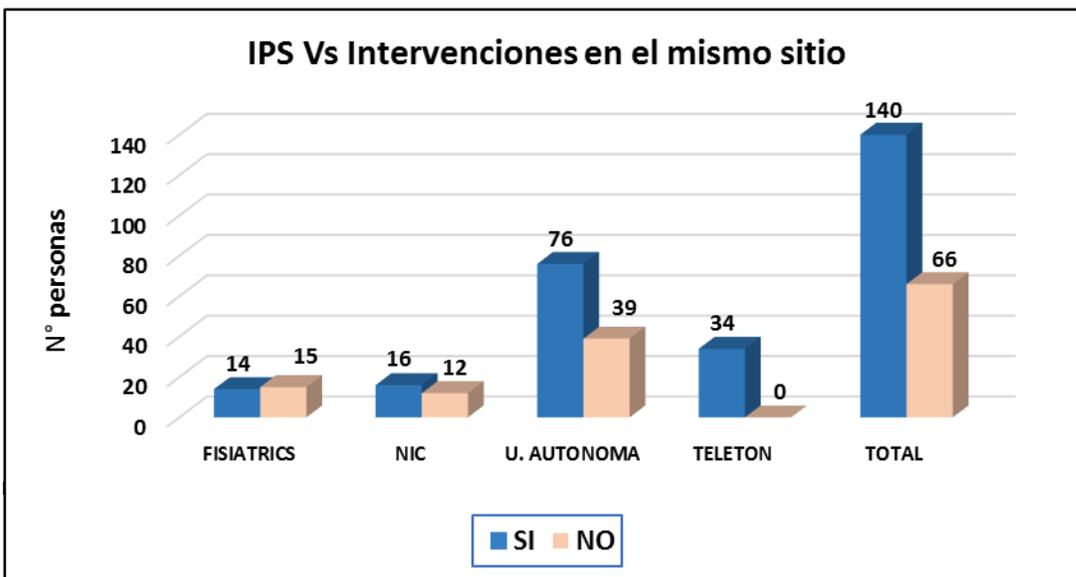
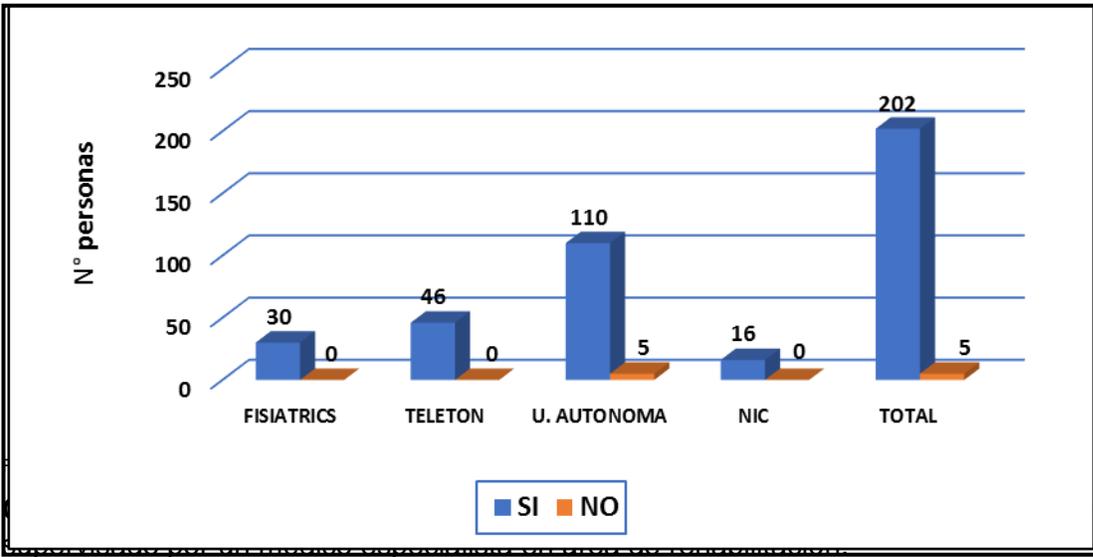
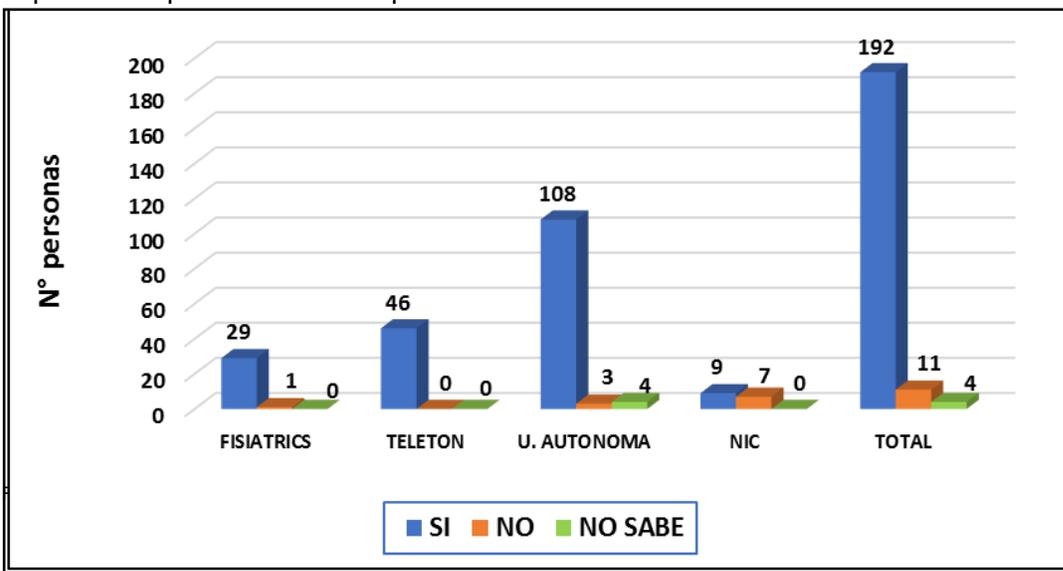


Grafico 13: Distribución de Usuarios que creen que sí se les explican los objetivos de las intervenciones que le están realizando podrían recuperarse más rápido.



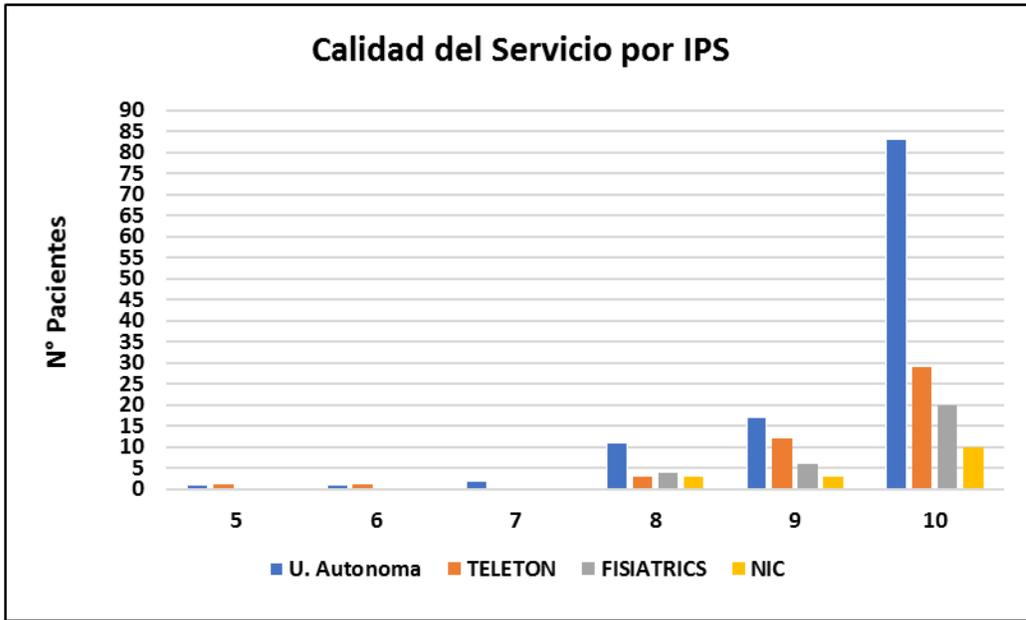
n esta



Finalmente se categorizó la calidad del servicio a los pacientes atendidos y encuestados en cada IPS, para establecer su grado de satisfacción de 1 a 10 siendo 1 el más inconforme y 10 el más satisfactorio.

La tendencia general fue de satisfactoria entre 8 a 10, en el servicio de sus IPS, refiriendo al cuello de botella para los tramites y desplazamientos a distintos centros en sus EPS. El 68% califico con un 10 la calidad del servicio de rehabilitación. La IPS mejor calificada fue la Universidad Autónoma de Manizales.

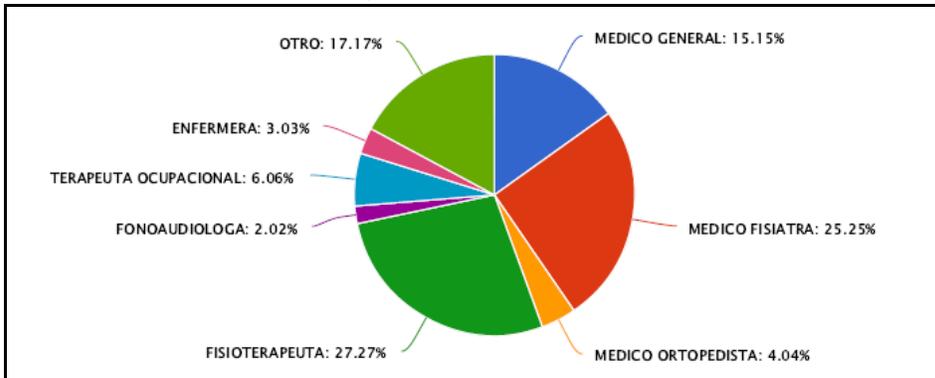
Grafico 15: Calidad de servicios de rehabilitación por IPS.



INSTRUMENTO 2

La encuesta del Instrumento 2, fue diligenciado 99 profesionales en salud entre ellos 25 fisiatras, 15 médicos generales, 27 fisioterapeutas, 6 terapeutas ocupacionales, 4 ortopedistas, 3 enfermeras, 2 fonoaudiólogos y 17 de corresponden a otros profesionales en salud.

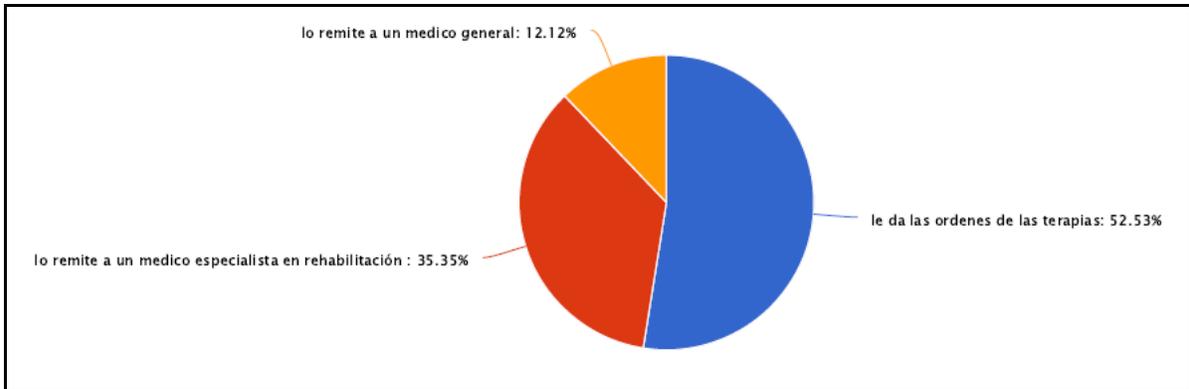
Grafico 16: Distribución de población encuestada con el instrumento 2.



Fuente: Instrumento 2. Encuesta a los usuarios del sistema de salud.

Los expertos al detectar que un usuario del sistema de salud requiere proceso de rehabilitación, el 12% lo remiten al médico general, el 35% lo remiten a un médico especialista en rehabilitación y el 52% le generan ellos mismos las ordenes de terapias.

Grafica 18: Direccionamiento de pacientes a rehabilitación.



Fuente: Instrumento 2. Encuesta a los usuarios del sistema de salud.

El dato anterior se debe analizar a la luz que solo el 25% de los encuestados eran medicos especializados en el sector salud, y mas del 50% de los encuestados generan ellos mismos las ordenes.

El 69,7% de los expertos consideran que las terapias que se reciben en el sistema de salud colombiano no es de buena calidad.

Tabla 2: Percepción de una adecuada calidad de la terapias en el sistema de salud según los expertos

Respuesta	Porcentaje	Cantidad
SI	26.26%	26
NO	69.70%	69
NO SABE	4.04%	4
Total de respuestas		99

Fuente: Instrumento 2. Encuesta a los usuarios del sistema de salud.

En un modelo de rehabilitación integral en salud, se priorizaron los elementos que los expertos consideraron más importantes y se encontró que los dos elementos principales fueron:

- Un plan integral de rehabilitación donde las diferentes áreas terapéuticas tengan una comunicación constante y multidireccional para favorecer el cumplimiento de objetivos en los usuarios (28%).
- Todas las áreas terapéuticas se encuentran integrados en un mismo sitio (21%).

En una escala de 1 a 5 sobre la factibilidad de implementación de un modelo integral de rehabilitación en salud en nuestro país, el 41,1% lo consideran con un nivel 3 (intermedio).

Tabla : Calificación de factibilidad de implementación de modelo integral de rehabilitación.

Respuesta	Porcentaje	Cantidad	Estadísticas
1	5.05%	5	Total de participantes 99
2	22.22%	22	Suma 315.00
3	41.41%	41	Promedio 3.18
4	12.12%	12	Desviación estándar 1.13
5	19.19%	19	Mínimo 1.00
Total de respuestas		99	Máximo 5.00

ANALISIS

El presente trabajo de investigación, permitió recolectar y analizar información importante relacionada con el sistema de salud colombiano y las perspectivas mundiales, además que profundizo en el nuevo modelo que plantea la ley 1751 o la ley estatutaria, y la resolución P.A.I.S. 0429, es decir las nuevas proyecciones nacionales en atención en salud. Es claro que hay dos puntos claves en toda la reforma: la atención primaria en salud y la integralidad en procesos.

Colombia es un país con necesidades de atención específicas en rehabilitación en salud, puesto que toda patología o enfermedad debe ser diagnosticada, tratada y rehabilitada para minimizar su impacto personal y social en forma general. Hasta el momento no se ha establecido una ruta integral de rehabilitación específica, sino que se ha unido un poco a las otras 16 rutas ya establecidas.

En esta investigación se logró establecer algunos puntos claves para la implementación local, regional y hasta nacional de la ruta específica de rehabilitación integral.

En el presente estudio se pudo encontrar que las personas que más utilizan servicios de rehabilitación, ya sea como acompañantes o como pacientes, se encuentran en el rango de edad de los 25 a 29 años (15.4%) y viven en estrato 3 (48.3%). Es decir, es un grupo población en edad altamente productiva y que pertenecen a un grupo económico y social de nivel de ingresos medios, es decir es una población de riesgo financiero para la subsistencia de su grupo familiar. Por tanto, se requiere proceso de rehabilitación/habilitación altamente efectivos para que se realicen en corto tiempo y con adecuados resultados para minimizar el impacto económico a nivel social para los individuos y las familias.

Es muy importante la percepción que tiene el usuario acerca del servicio de rehabilitación en cuanto a su oportunidad, ya que este aspecto, según Donavedian, es uno de los componentes indispensables e irremplazables de la calidad en la atención en salud. Se observó que un 28.5% de los encuestados

dijeron que el tiempo transcurrido entre el día en que le dieron la orden de terapias y el día en que le asignaron la cita fue muy demorado; y de estos encuestados, el 62.7% dijo que la demora había sido por *retrasos en la autorización por parte de la EPS* y un 37.2% dijo que fue porque *no había citas en la IPS*.

La mayoría de los profesionales que encuestamos dice que le entrega directamente las ordenes de terapias de rehabilitación a los usuarios (52.53%), sin embargo, se siguen presentando dichas demoras percibidas por parte de los usuarios, toda la tramitología que implica una autorización en las Entidades Promotoras de Servicios de Salud se vuelve compleja para una persona del común y a pesar de que pasen “tan solo” 15 días para recibir su primera terapia de rehabilitación, el usuario lo percibe como un tiempo perdido y de desgaste, que se hubiera podido utilizar dentro de su proceso de rehabilitación. Hay un elemento con relación indirecta pero importante sobre las autorizaciones de las ordenes terapéuticas, y es quienes están generando las mismas; según la encuesta generada por expertos solo el 25% remite al paciente con necesidades de rehabilitación a un médico especialista en el área, teniendo en cuenta que es el profesional idóneo para orquestar de forma adecuada, científica y racional los procesos de rehabilitación.

Los resultados del estudio van acorde con lo que dice Edna Corrales en su artículo “Mejoramiento en procesos de entrega de autorizaciones Plan Obligatorio de Salud en Colombia”. Donde se expresa que las 2 causas más importantes para la demora en la prestación del servicio de salud son la tramitología necesaria para obtener la autorización (Acceso al médico que de la orden, la consecución de la historia clínica, los copagos, y en ocasiones tutelas, etc.), y la segunda y no menos importante, la prestación del servicio solicitado por parte de la IPS asignada ya que pueden transcurrir tiempos de espera hasta de 6 meses. (26)

En el artículo “Derivaciones directas vs. Indirectas a rehabilitación desde atención primaria”, Fernández Aguirre plantea que, la falta de coexistencia bajo el mismo techo, de todos los profesionales en rehabilitación necesarios para la rápida mejoría de un usuario incrementa las demoras en la atención y disminuye la probabilidad de recuperación, lo cual impacta directamente en la calidad de la atención (27). La anterior apreciación se ve avalada por la opinión que tuvieron los profesionales expertos en la investigación acerca de cuáles son los aspectos más importantes a tener en cuenta para que realmente se de una atención integral en rehabilitación, donde en primer lugar (433 puntos o 28%) destacan que debe haber una comunicación constante entre todos los profesionales en rehabilitación y en segundo lugar (313 puntos o 21%) que todos los profesionales deben estar en un mismo techo.

Se analizó la importancia para los usuarios encuestados en diversos aspectos en la atención y en su rehabilitación, por ejemplo: se percibe altamente importante que los profesionales le expliquen los objetivos de tratamiento, que los procesos de rehabilitación estén supervisados por un médico especialista en el área y que todas las intervenciones terapéuticas se encuentren en el mismo techo preferiblemente.

Por último, los usuarios manifestaron que los componentes de mayor importancia de una Ruta de Atención Integral en Rehabilitación, y que tendrían un impacto positivo en su recuperación son:

- Que la autorización para los procesos de rehabilitación sea dada en el mismo sitio donde le formulen y le realicen las terapias (enlace EPS-IPS).
- Que los profesionales a cargo de su rehabilitación tengan una comunicación fluida, constante, oportuna y veraz.
- Que se tengan en cuenta, al momento de ser atendidos, todas las esferas humanas (Social, Cultural, Política, económica, etc).

En el artículo “Análisis de las demoras en salud en personas que enfermaron de gravedad o fallecieron por dengue en cinco ciudades de Colombia” de Ardila Pinto et al., se hace una descripción general que las causantes del detrimento y la demora en la atención en salud es la crisis financiera que vive el sistema de salud colombiano, donde los problemas para cubrir honorarios del personal y la capacidad instalada están a la orden del día, la falta de comunicación entre los niveles de complejidad, la baja disponibilidad de citas, hacen que cada día sea más evidente dicho quebranto. (28)

Las opiniones de los usuarios, de los expertos y los datos recolectados en la revisión bibliográfica, van encaminadas a que se tengan en cuenta los mismos puntos en el diseño y el desarrollo de una Ruta de Atención integral en Rehabilitación, para que haya un impacto positivo en la salud y rehabilitación de la población, además de la percepción que tienen los usuarios de la calidad de su atención.

11. CONCLUSIONES

Son muchos factores a tener en cuenta en la realización de una Ruta de Atención Integral en Rehabilitación, pero como lo indica la guía es de vital importancia tener en cuenta la población que es mayormente susceptible de atención en rehabilitación, que factores son vistos como importantes dentro de la ruta por parte de los usuarios y los expertos, y que otros factores se podrían mejorar. Por lo tanto, de acuerdo a la investigación se concluye que son de vital importancia los siguientes aspectos:

- Comunicación entre las EPS y las IPS debe ser eficiente y eficaz, para evitar sobrecostos para el sistema y desgaste en tramitología innecesaria para los usuarios, que se traduzca en disminución de la posibilidad de recuperación de su capacidad funcional por las demoras en el inicio del proceso terapéutico. Un enlace virtual directo en el sitio de atención (IPS) con la EPS para que se le proporcione inmediata autorización de las ordenes generadas por el profesional sería una solución adecuada.
- Atención por parte de todos los profesionales en rehabilitación pueda ser brindada en un mismo techo, generaría que haya una comunicación más fluida entre los grupos interdisciplinarios, logrando así unificación de criterios terapéuticos, disminución en los tiempos de espera y por lo tanto mejoría en la percepción de la calidad de la atención y el pronóstico de rehabilitación del usuario.
- La sensibilización de los profesionales acerca de la explicación de los objetivos terapéuticos al usuario, del correcto registro en las historias clínicas, de la humanización en la atención para que se tengan en cuenta aspectos no solo patológicos y de deficiencias del cuerpo humano, sino también, el entorno ambiental, social, cultural, económico y demás donde se desenvuelve la persona.

No es posible predecir mediante nuestro estudio, que tan factible sea la implementación de estos aspectos en nuestro sistema de salud, pero esperamos que sean tenidos en cuenta para futuras investigaciones, ¿y por qué no? En el diseño e implementación de una Ruta de Atención Integral en Rehabilitación para la ciudad de Manizales.

12. RECOMENDACIONES

1. Para desarrollar una ruta de atención integral en rehabilitación, se debe tener en cuenta las necesidades de la población objetivo en el área de impacto donde se pretende implementar.
2. Es importante tomar en cuenta las percepciones obtenidas de los profesionales de la salud, con experiencia en el área de rehabilitación.
3. Desarrollar canales de comunicación efectiva entre las EPS y las IPS involucradas en el proceso de rehabilitación, a fin de mejorar los tiempos y procesos de autorización.
4. Es prioritario integrar los procesos de atención en rehabilitación centrándolos en un mismo sitio, coordinando a su vez la red de servicios EPS con las IPS de la zona a impactar, evitando desplazamientos, tiempos y costos adicionales para los usuarios.
5. Un aspecto clave para generar una ruta de atención integral en rehabilitación, es promover en los profesionales de la salud el protocolo de explicar adecuadamente los objetivos de las intervenciones a realizar en los pacientes, y es altamente necesario la presencia del médico especialista para el adecuado monitoreo del proceso, ya que esto transmite seguridad y confianza a los usuarios.

13. GLOSARIO

DISCAPACIDAD: Ausencia o disminución de la capacidad para realizar una actividad dentro de unos márgenes normales provocada por una deficiencia. La discapacidad puede ser reversible o irreversible, así como definitiva o transitoria.

EFICACIA: Capacidad y validez para obrar y lograr un efecto determinado, capacidad de un medicamento o de un tratamiento de producir el efecto beneficioso deseado (22).

EFICIENCIA: Competencia que se demuestra en el trabajo desempeñado.

EPS: Aseguradora de salud que se constituye como el módulo administrativo del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Su función es administrar los servicios de salud y los recursos del Sistema General de Seguridad Social en salud delegados por el Fosyga. Se encarga de inscribir, afiliarse y carnetizar a la población beneficiaria, ya sea del Régimen Contributivo o del Régimen Subsidiado, para garantizar en su favor los servicios contemplados por los diferentes planes obligatorios de salud con cargo al aseguramiento de la población beneficiaria y la prestación de servicios a través de la red de IPS en forma directa e indirecta (23).

GLOBALIZACION: Acción de considerar un asunto como una totalidad constituida por el conjunto de sus elementos, partes o aspectos, Método didáctico que consiste en presentar una materia como una totalidad para facilitar la comprensión de los elementos o partes que la integran.

INCIDENCIA: En epidemiología, número de casos nuevos de una enfermedad que aparecen en una población determinada durante un período determinado de tiempo. Manera en que un órgano cae sobre otro (25).

INTERVENCIÓN INTEGRAL: hace referencia al manejo completo de los usuarios del sistema de salud, procurando analizar e intervenir todos los aspectos de los seres humanos (físicos, sociales, espirituales y económicos), todo en búsqueda de lograr los mejores resultados posibles en cualquier proceso en salud.

IPS: *Institución Prestadora de Servicios.* Módulo ejecutor del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través del cual se suministran servicios de salud en favor de los beneficiarios, ya sea del Régimen Contributivo o del Subsidiado. Su naturaleza puede ser pública, mixta o privada y podrá constituirse a través de una persona jurídica o natural de conformidad con las disposiciones del Código del Comercio.

LEY ESTATUTARIA: La Ley 1751 de 2015 mejor conocida como Ley Estatutaria en salud, trae diferentes beneficios para los usuarios, uno de ellos es que la salud para los colombianos de ahora en adelante es un derecho fundamental, es decir, a

nadie se le puede negar el acceso al servicio de salud y tienen derecho a un servicio oportuno, eficaz y de calidad ⁽¹⁾.

MIAS: *Modelo de Atención Integral en Salud* (MIAS), que se constituye en el marco para la organización y coordinación de actores e instituciones para garantizar que los ciudadanos accedan a servicios seguros, accesibles y humanizados ⁽²⁾.

PACIENTE: Persona que padece una enfermedad o está en tratamiento ⁽²³⁾.

PAIS: *Política Integral de Atención en Salud* (PAIS), cuyo objetivo primordial es centrar la acción de salud en las personas, a nivel individual, familiar y colectivo; no en las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) ni en las Entidades promotoras de salud (EPS) ⁽¹⁾.

PATOLOGIA: Rama de la medicina que trata las enfermedades y los trastornos que producen en el organismo, especialmente las alteraciones funcionales y estructurales.

PROVEEDOR: entidades con licencia para brindar servicios de salud, promueve servicios de médicos, enfermeras, y hospitales son ejemplos de proveedores de salud.

RECURSOS: son todos los recursos asignados ya sean físicos, materiales, humanos y financieros; con el fin de dar atención a la población que tengan seguridad social y dar bienestar.

REHABILITACIÓN: Es el proceso dirigido a atender las consecuencias de una enfermedad o trauma que causan disfunción y discapacidad, con el fin de producir mejoramiento de su trauma.

RIAS: *Rutas Integrales de Atención* RIAS pretende brindar orientaciones técnicas a los integrantes del sistema de salud en el país para la elaboración, implementación, seguimiento y evaluación de las Rutas Integrales de Atención en Salud, como el elemento central para garantizar la atención integral en salud a la población colombiana, mediante la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud en los territorios, atendiendo al proceso de adopción y adaptación de las RIAS de acuerdo con las particularidades territoriales y poblacionales ⁽³⁾.

SALUD: Estado en el que se produce un funcionamiento normal del organismo, es decir, estado en el que hay una ausencia de cualquier enfermedad. Según la Organización Mundial de la Salud, la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social.

SATISFACCIÓN: La satisfacción del usuario es el modo de calificar la atención oportuna y adecuada donde la institución cumple con las expectativas de la prestación del servicio.

SGSSS: sistema general de seguridad social en salud, Conjunto de instituciones, recursos y reglas de juego, dispuesto y organizado para garantizar que los Usuarios disfruten de salud y calidad de vida y lograr el bienestar individual y de la comunidad ⁽¹⁾.

TECNOLOGIA: Se entiende por tecnología a la aplicación del conocimiento empírico y científico a una finalidad práctica. Es el manejo de equipos con alta inteligencia científica para seguir el manejo de apoyo a los pacientes

TRATAMIENTO: Conjunto de medios médicos, quirúrgicos, higiénicos, farmacológicos, etc. con el fin de curar una enfermedad o un estado patológico.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Resolución 0429 de 2016. El Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud. Colombia, 2016.
2. El Ministerio de Salud y Protección Social. Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS. Colombia, noviembre 2016.
3. El Ministerio de Salud y Protección Social. Manual Metodológico para la Elaboración e Implementación de las RIAs. Colombia, abril 2016.
4. El Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. Colombia, diciembre 1993.
5. El Congreso de la República de Colombia. Ley 1753 de 2015. Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”. Colombia, junio del 2015.
6. El Congreso de la República de Colombia. Ley Estatutaria N° 1751 de 2015. Colombia, febrero 2015.
7. Comelles, J. M. (1993). La utopía de la atención integral de salud. Auto atención, práctica médica y asistencia primaria. *Revisión en Salud Pública*, 3, 169-192.
8. Vargas-Lorenzo, I., Vázquez-Navarrete, M. L., & Mogollón-Pérez, A. S. (2010). Access to health care in Colombia. *Revista de Salud Pública*, 12(5), 701-712.
9. González, V., & Lina, A. (2015). Análisis comparativo de modelos de atención en salud para población indígena en la región Andina. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(1), 07-14.
10. Ocampo R, María Victoria, Betancourt U Víctor Fernando, Montoya R Jennifer Paola, Bautista B Diana Carolina. los sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. 25-02-13.
11. Moreno, S. P. (2003). De la gestión de lo complementario a la gestión integral de la atención de salud: gestión de enfermedades e indicadores de actividad. *Gestión clínica y sanitaria: de la práctica a la academia, ida y vuelta: Masson Barcelona*, 17-87.
12. Delgado, A. E. L., & Llinás, E. (2010). Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema. *Salud Uninorte*, 26(1).
13. Rodríguez, M. R., Ramírez, N. A., Villamizar, L. A. R., Rivero, L. M. U., & Franco, M. H. L. (2011). Experiencia de implementación de un modelo de Atención Primaria. *Revista de Salud Pública*, 13(6), 885-896.
14. Osorio, A. G., & Álvarez, C. V. (2013). La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. *Atención Primaria*, 45(7), 384-392.
15. Céspedes, G. M. (2005). La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación. *Aquichan*, 5(1), 108-113.

16. Corte Constitucional de la República de Colombia. Constitución política de Colombia, Actualizada con los Actos Legislativos a 2015. Colombia 1991-2015.
17. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012-2021. Bogotá, marzo 2013.
18. Ministerio de Salud y Protección Social, Cárdenas Jiménez A. Ley Estatutaria de Discapacidad 1618 de 2013. Colombia 2013.
19. Organización Mundial de la Salud. ¿Cómo define la OMS la salud?. [sede web]. Suiza, 2017. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/sfaq/es/>
20. Organización Panamericana de la Salud. Modelos de Atención en Salud. [sede web]. Estados Unidos, 2006. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=168&Itemid=40845&lang=es_
21. «Censo General 2005 - Proyecciones nacionales y departamentales de población 2005-2020». Departamento Administrativo Nacional de Estadística. marzo de 2010. Consultado el 13 de noviembre de 2017.)
22. Doctorissimo [Internet]. Francia: Lagardère Active; 2017. [citado 6 de dic 2017]. Disponible en: <http://www.doctissimo.com/es/salud/diccionario-medico/eficacia>.
23. Doctorissimo [Internet]. Francia: Lagardère Active; 2017. [citado 6 de dic 2017]. Disponible en: <http://www.doctissimo.com/es/salud/diccionario-medico/paciente>.
24. Idiomamediconet. Idiomamediconet. [Online]. Available from: http://dic.idiomamedico.net/Entidad_Promotora_de_Salud [Accessed 9 December 2017].
25. Doctorissimo [Internet]. Francia: Lagardère Active; 2017. [citado 6 de dic 2017]. Disponible en: <http://www.doctissimo.com/es/salud/diccionario-medico/incidencia>.
26. Corrales E. Mejoramiento en los procesos de entrega de autorizaciones Plan Obligatorio de Salud en Colombia. Universidad Militar Nueva Granada. Facultad de Ciencias Económicas. Especialización en Auditoría y Control Interno. Bogotá, 2014.
27. Fernández M, Emparanza J, Gómez I, Et al. Derivaciones directas vs. Indirectas a rehabilitación desde atención primaria. Servicio de medicina física y rehabilitación, Hospital Donostia de San Sebastián-Guipúzcoa. España 2010.
28. Ardila F, Martínez S, Fuentes M, Borrero E. Análisis de las demoras en salud en personas que enfermaron de gravedad o fallecieron por dengue en cinco ciudades de Colombia. Fundación Santa Fe de Bogotá, Centro de estudios e investigación en salud. Bogotá, 2014.



Universidad
Católica
de Manizales

ANEXO 1 INSTRUMENTO DE EVALUACION SATISFACCIÓN Y EXPECTATIVAS CON EL MODELO DE REHABILITACIÓN ACTUAL

Objetivo: por medio de la presente encuesta nosotros como estudiantes de la especialización de administración en salud pretendemos conocer cómo perciben los usuarios del sistema de salud la atención en el área de rehabilitación y como cree que sería un modelo integral de rehabilitación exitoso.

No de Encuesta_____

DATOS DE IDENTIFICACION DEL ENCUESTADO

Edad _____

Género FEMENINO MASCULINO

La persona que necesita servicios de rehabilitación es USTED UN FAMILIAR
UN AMIGO

A qué EPS está afiliada la persona que necesita los servicios de rehabilitación_____
No sabe__

Nivel socioeconómico o estrato social que tiene la persona que necesita los servicios de rehabilitación_____ No sabe_____

DESARROLLO DE LA ENCUESTA

1. Cuánto tiempo paso entre la solicitud de rehabilitación y el inicio:
1 a 15 días 3 a 6 meses
16 a 30 días Más de 6 meses
1 a 2 meses Nunca recibió terapias todavía está espera
2. ¿El proceso de rehabilitación presentó demora en el agendamiento de sus citas?
SI
NO
3. ¿Sí en la pregunta anterior su respuesta fue SI, por qué se presentó la demora?
Dificultades en las autorizaciones por las EPS
No había citas en la Institución donde le iban a realizar las terapias
Presentó dificultades económicas para ir a las terapias
4. Cree usted de que pudo acceder a todas las áreas terapéuticas (FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA, TERAPIAS OCUPACIONAL) necesarias para lograr la mejoría de su enfermedad o lesión
SI
NO

5. Califique de 1 a 10, la calidad del servicio de rehabilitación recibido, siendo 1 el más bajo y 10 el más alto nivel de calidad

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6. Sí el usuario del servicio de salud necesito intervención por más de un área terapéutica, las recibió todas en un mismo centro
SI
NO
7. ¿Considera usted que si los terapeutas le explicaran cuales son los objetivos de las intervenciones que le están realizando podría recuperarse más rápido?
SI
NO
8. ¿Siente usted más confianza si el proceso de rehabilitación esta supervisado por un médico especialista en área de rehabilitación?
SI
NO
NO SABE
9. Califique de 1 a 4, siento 1 el puntaje más bajo y 4 el más alto en nivel de importancia, de lo que para usted representa la expresión “**atención integral en rehabilitación**”
- Atención de varios profesionales en un mismo techo.
 - Comunicación constante sobre el manejo de los pacientes por parte de los profesionales que lo están tratando.
 - Una atención en salud donde le tiene en cuenta no solo sus dificultades físicas sino también sus aspectos psicológicos, sociales y emocionales.
 - Una atención en salud en la que el lugar donde le den las autorizaciones (EPS) y presten los servicios (IPS) estén articulados para facilitar los trámites.

ANEXO 2

SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS DE SALUD EN REHABILITACIÓN

Por medio de esta encuesta se busca recopilar percepciones importantes sobre los modelos integrales de rehabilitación en salud, este instrumento se diseñó específicamente para los profesionales en salud que de alguna forma tiene influencia en los proceso de rehabilitación actualmente en nuestro país

1 Esta encuesta esta diseñada para profesionales del sector salud que están relacionados con servicios de rehabilitación, que tipo de profesión tiene usted:

MEDICO GENERAL

MEDICO FISIATRA

MEDICO ORTOPEDISTA

FISIOTERAPEUTA

FONOAUDILOGA

TERAPEUTA OCUPACIONAL

ENFERMERA

OTRO

2 Si usted detecta que un paciente requiere un plan terapéutico, su conducta es:

le da las ordenes de las terapias

lo remite a un medico especialista en rehabilitación

lo remite a un medico general

3 Considera que las terapias que reciben los usuarios por parte de las aseguradoras en salud, sea régimen contributivo o subsidiado, son de una calidad adecuada

SI

NO

NO SABE

4 En un modelo de rehabilitación integral en salud, priorice las siguientes opciones de arriba hacia abajo, siendo primera la que usted considera más importante y la última la menos importante: (*)

◆ Todas las áreas terapéuticas se encuentren integradas en un mismo sitio

◆ Un plan integral de rehabilitación donde las diferentes áreas terapéuticas tengan una comunicación constante y multidireccional para favorecer el cumplimiento de objetivos en los usuarios

◆ Áreas de rehabilitación con recursos de alta tecnología

◆ Un modelo de rehabilitación con médicos y terapeutas altamente especializados

◆ Planes terapéuticos donde se toma el ser humano de forma holista para favorecer su rehabilitación

5 ¿Qué tan factible en una escala de 1 a 5 (siendo 1 la mas baja y 5 la mas alta), considera que es la implementación de un modelo integral de rehabilitación en salud, teniendo en cuenta el sistema de salud colombiano?

1

2

3

4

5



6 Agradecemos mucho su colaboración